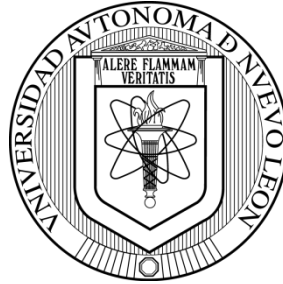


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SÍNTOMAS DEPRESIVOS, CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
SUICIDALIDAD EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

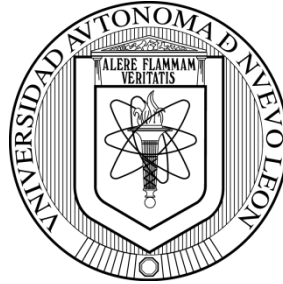
Por

LIC. RAÚL ALEJANDRO DELGADO AVILA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SÍNTOMAS DEPRESIVOS, CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
SUICIDALIDAD EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

Por

LIC. RAÚL ALEJANDRO DELGADO AVILA

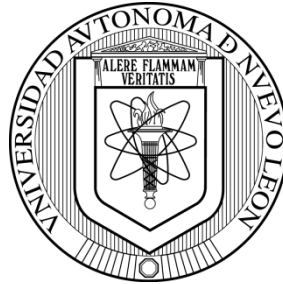
Director de Tesis

DR. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SÍNTOMAS DEPRESIVOS, CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
SUICIDALIDAD EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

Por

LIC. RAÚL ALEJANDRO DELGADO AVILA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMÉZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2020

SÍNTOMAS DEPRESIVOS, CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
SUICIDALIDAD EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

Aprobación de Tesis

Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Director de Tesis

Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Presidente

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Secretario

MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para seguir preparándome profesionalmente y así poder realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Directora de la Facultad de Enfermería, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, por el apoyo brindado para realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería en esta facultad.

A la Subdirectora de Posgrado e Investigación, Dra. María Magdalena Alonso Castillo por la gestión, apoyo y la oportunidad de realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A mi Director de Tesis, el Dr. Lucio Rodríguez Aguilar por compartir sus conocimientos y su apoyo, paciencia y tiempo invertido en mi formación.

A los integrantes del Comité de Tesis, el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo y a la MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza por compartir conmigo sus conocimientos, su tiempo y retroalimentación que incrementan la calidad científica de esta investigación.

A mis maestros de programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que me brindaron un excelente trato y contribuyeron en mi crecimiento profesional.

Al M.A. Arnulfo Garza Garza, Director de la preparatoria en donde se realizó la recolección de datos, quien me brindó su apoyo para poder realizar la investigación en sus instalaciones, además del trato amable y respetuoso durante mi estadía en la institución.

A la Lic. Verónica Flores quien me brindó su apoyo en el proceso de recolección de datos, además de su trato profesional y amable.

Al personal administrativo y de apoyo de la Subdirección de Posgrado e Investigación, por sus amables atenciones hacia mi persona.

Dedicatoria

A Dios, estar siempre ahí para apoyarme y por darme la oportunidad de concluir cada una de las metas propuestas en mi vida, por darme fuerza y paciencia.

A mis padres: Sr. Raúl Delgado Pérez y Bertha Avila Sánchez, quienes me brindaron la confianza para poder realizar esta meta, por su apoyo incondicional y sus excelentes consejos.

A mis hermanas: Kathie y Pamela que estuvieron en todo momento apoyándome y dándome ánimos para seguir adelante.

A mis compañeros de maestría y doctorado con los cuales compartí muy buenos momentos que nunca olvidaré.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	6
Síntomas depresivos	7
Consumo del alcohol	8
Consumo de tabaco	10
Suicidalidad	12
Estudios Relacionados	14
Síntomas depresivos y consumo de alcohol y/o tabaco	14
Síntomas depresivos y suicidalidad	14
Síntomas depresivos, consumo de alcohol, tabaco y suicidalidad	15
Consumo de alcohol y/o tabaco y suicidalidad	17
Definición de términos	22
Objetivos del estudio	26
Capítulo II	
Metodología	27
Diseño de estudio	27
Población, muestreo y muestra	27
Instrumentos de medición	28
Procedimiento de recolección de datos	30
Consideraciones éticas	32
Análisis de datos	35

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	38
Consistencia interna de los instrumentos	38
Estadística descriptiva	39
Estadística inferencial	45
Capítulo IV	
Discusión	71
Conclusiones	88
Recomendaciones	91
Referencias	92
Apéndices	103
A. Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco	104
B. Inventario de Depresión de Beck II	107
C. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT]	110
D. Escala de Suicidalidad de Okasha	112
E. Consentimiento informado para padres	113
F. Carta de asentimiento	115
G. Carta de consentimiento informado	116

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Coeficiente Alpha de Cronbach de los instrumentos	38
2 Características sociodemográficas de los participantes	39
3 Frecuencias y proporciones de los síntomas depresivos	40
4 Frecuencias y proporciones de las preguntas acerca del consumo de riesgo del Cuestionario AUDIT	41
5 Frecuencias y proporciones de las preguntas acerca del consumo perjudicial del Cuestionario AUDIT	42
6 Frecuencias y proporciones de las preguntas acerca del consumo dependiente del Cuestionario AUDIT	43
7 Frecuencias y proporciones de la Escala de Suicidalidad de Okasha	44
8 Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para variables continuas	45
9 Prevalencias del consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días	47
10 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de alcohol por sexo	47
11 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de alcohol por edad	48
12 Prevalencias del consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días	49
13 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de tabaco por sexo	50
14 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de tabaco por edad	50

Lista de Tablas

Tabla	Página
15 Tipos de consumo de alcohol de los participantes	51
16 Prueba U de Mann-Whitney para tipos de consumo de alcohol por sexo	52
17 Prueba H de Kruskal-Wallis para tipos de consumo de alcohol por edad	52
18 Tipos de consumo de tabaco de los participantes	53
19 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para el tipo de consumo de tabaco por sexo	54
20 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para el tipo de consumo de tabaco por edad	54
21 Síntomas depresivos de riesgo de los participantes	55
22 Prueba U de Mann-Whitney para índice de síntomas depresivos por sexo	55
23 Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de los síntomas depresivos por edad	56
24 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para los síntomas depresivos de riesgo en hombres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	56
25 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para los síntomas depresivos de riesgo en mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	57
26 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para los síntomas depresivos de riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	57
27 Ideación suicida de riesgo de los participantes	59
28 Prueba U de Mann-Whitney para el índice de ideación suicida por sexo	59
29 Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de la ideación suicida por edad	60
30 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para ideación suicida de alto riesgo en hombres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	60

Lista de Tablas

Tabla	Página
31 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para ideación suicida de alto riesgo en mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	61
32 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para ideación suicida de alto riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	61
33 Intento de suicidio de los participantes	63
34 Prueba U de Mann-Whitney para índice de intento suicida por sexo	63
35 Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de intento de suicidio por edad	64
36 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para intento de suicidio en hombres con consumo de alcohol y tabaco en el último año	64
37 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para intento de suicidio en mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	65
38 Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para intento de suicidio por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año	65
39 Coeficiente de correlación de Spearman síntomas depresivos, suicidalidad (Ideación e Intentos) y tipos de consumo de alcohol y consumo de alcohol y tabaco en un día típico	67
40 Odds ratio en los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento de suicidio sobre los que consumen y no consumen alcohol (prevalencias de consumo en el último año)	68
41 Odds ratio en los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento de suicidio sobre los que consumen y no consumen tabaco (prevalencias de consumo en el último año)	69

Lista de Tablas

Tabla	Página
42 Modelo de regresión logística para los síntomas depresivos de riesgo y consumo de alcohol y tabaco (en el último año) sobre la ideación suicida (alto y bajo riesgo)	69

Resumen

Lic. Raúl Alejandro Delgado Avila
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre, 2020

Título del Estudio: SÍNTOMAS DEPRESIVOS, CONSUMO DE ALCOHOL,
TABACO Y SUICIDALIDAD EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

Número de páginas: 117

Candidato a obtener grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas lícitas e ilícitas

Propósito y Método del estudio: El propósito del presente estudio fue conocer la relación de los síntomas depresivos, consumo de alcohol, tabaco y suicidalidad en los adolescentes que estudian bachillerato. El muestreo fue probabilístico estratificado por conglomerados, proporcional al tamaño del estrato. El tamaño de la muestra fue determinada a través del paquete estadístico nQueryAdvisor V7.0 (Elashoff, 2007), con los siguientes parámetros; se contrastó para una hipótesis bilateral alternativa de .18 con un tamaño de efecto de mediano a pequeño (Cohen, 1988), nivel de confianza de 95% con un efecto de diseño de 1.15, una potencia de 90% y una tasa de no respuesta del 5%, dando una muestra total de 297 participantes conformados en 13 grupos. Para la recolección de datos se utilizó una una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco [CDPHCAT] y tres instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, II [BDI-II], Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] y Escala de Suicidalidad de Okasha.

Contribuciones y conclusiones: En las prevalencias de consumo de alcohol el 74.4% (IC95% [69, 89]) consumió alguna vez en la vida, el 67.7% (IC95% [62,73]) en el último año, el 35.7% (IC95% [30, 41]) en el último mes y el 17.2% (IC95% [13, 21]) en los últimos siete días. Con respecto al consumo de tabaco el 44.1% (IC95% [38, 50]) de los adolescentes consumieron alguna vez en la vida, el 31.6% (IC95% [26, 37]) en el último año, el 17.8% (IC95% [13, 22]) en el último mes y el 14.1% (IC95% [10, 18]) en los últimos siete días.

En los tipos de consumo de alcohol el 51.3% (IC95% [44.3, 58.2]) presentan consumo de riesgo, el 19.9% (IC95% [14.4, 25.9]) consumo perjudicial y consumo dependiente de 28.8% (IC95% [22.9, 35.8]). En los tipos de consumo de tabaco son fumadores diarios el 13.9% (IC95% [8.5, 20]), el 44.6% (IC95% [36.2, 53.1]) son fumadores ocasionales y el 41.5% (IC95% [33.1, 50]) son exfumadores.

El 31.6% (IC95% [26.3, 37.7]) de los participantes presentaron síntomas depresivos de riesgo. En los hombres se encontró diferencia significativa de síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol ($\chi^2= 7.45, p= .006$). En las mujeres se encontró diferencia significativa ($\chi^2= 4.36, p= .037$) de síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción en las que consumen tabaco. En los estudiantes de 15 años de edad se encontró diferencia significativa en los que presentan síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol en el último año ($\chi^2= 6.66, p= .010$) y consumen tabaco ($\chi^2= 4.41, p= .028$).

El 31.3% (IC95% [26.3, 36.7]) presentaron ideación suicida de alto riesgo, el 43.4% (IC95% [38, 49.2]) ideación suicida de bajo riesgo y el 25.3% (IC95% [20.2, 30.3]) no

presentaron ideación suicida. En los hombres se encontró diferencia significativa de ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol ($\chi^2= 7.34, p= .001$) y en los que consumen tabaco ($\chi^2= 9.78, p= .002$). En las mujeres se encontró diferencia significativa de ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en las que consumen alcohol ($\chi^2= 5.84, p= .016$) y en las que consumen tabaco ($\chi^2= 6.90, p= .009$). En los estudiantes de 15 años se encontró diferencia significativa de ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol ($\chi^2= 4.42, p= .036$) y en los que consumen tabaco ($\chi^2= 9.70, p= .002$).

El 18.9% (IC95% [14.5, 23.6]) de los participantes han presentado intento de suicidio. Se encontró diferencia significativa por edad ($\chi^2= 9.93, p= .019$), con mayor proporción en los adolescentes de 17 años de edad. En los hombres se encontró diferencia significativa ($\chi^2= 8.45, p= .004$) de intento de suicidio con mayor proporción en los que consumen alcohol. En los estudiantes de 18 años y más se encontró diferencia significativa ($\chi^2= 9.93, p= .019$) en los que presentan intento de suicidio con mayor proporción en los que consumen tabaco.

Los síntomas depresivos se relacionaron de forma positiva y significativa con los índices de ideación suicida ($r_s= .73, p= .001$), con intento de suicidio ($r_s= .43, p= .001$), con el consumo de alcohol [AUDIT] ($r_s= .31, p= .001$), con el consumo de riesgo ($r_s= .26, p= .001$), con el consumo perjudicial ($r_s= .27, p= .001$), con el consumo dependiente ($r_s= .27, p= .001$), con el número de bebidas ($r_s= .30, p= .001$) y de cigarrillos ($r_s= .29, p= .001$) consumidos en un día típico.

La ideación suicida se relacionó de forma positiva y significativa con los índices de intento de suicidio ($r_s= .52, p= .001$), con el consumo de alcohol [AUDIT] ($r_s= .26, p= .001$), con el consumo de riesgo ($r_s= .16, p= .001$), con el consumo perjudicial ($r_s= .25, p= .001$), con el consumo dependiente ($r_s= .30, p= .001$), con el número de bebidas ($r_s= .27, p= .001$) y cigarrillos ($r_s= .33, p= .001$) consumidos en un día típico.

El intento de suicidio se relacionó de forma positiva y significativa con los índices del consumo de alcohol [AUDIT] ($r_s= .21, p= .001$), con el consumo perjudicial ($r_s= .225, p= .001$), con el consumo dependiente ($r_s= .206, p= .003$) con el número de bebidas ($r_s= .14, p= .012$) y cigarrillos ($r_s= .15, p= .007$) consumidos en un día típico.

Los consumidores de alcohol tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos de riesgo ($OR= 2.03, IC95\% [1.16, 3.57]$), ideación suicida de alto riesgo ($OR= 2.82, IC95\% [1.55, 5.13]$) e intento suicida ($OR= 2.22, IC95\% [1.09, 4.53]$) que aquellos que no consumen alcohol.

Los consumidores de tabaco tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos de riesgo ($OR= 1.90, IC95\% [1.14, 3.19]$), ideación suicida de alto riesgo ($OR= 2.76, IC95\% [1.64, 4.63]$) e intento suicida ($OR= 1.83, IC95\% [1.00, 3.33]$) que aquellos que no consumen tabaco.

La asociación de los síntomas depresivos y el consumo de alcohol y tabaco en los participantes predijo la ideación suicida ($\chi^2= 80.57, gl= 3, R^2= 22\%, p<.001$).

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

El consumo y abuso de alcohol y tabaco se reconocen como una problemática relevante en materia de salud pública, representan una de las principales causas de muerte, enfermedades, trastornos, violencia y accidentes que pueden ser prevenibles en muchos países del mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El consumo y abuso de estas sustancias pueden estar asociados a problemas que derivan de la salud mental como son los síntomas depresivos y la suicidalidad (ideación suicida e intento de suicidio), dando como resultado el suicidio, el cual repercute en más de 800 mil muertes cada año en todo el mundo (OMS, 2018).

La OMS reporta que, el 22% de las muertes por suicidio puede atribuirse al abuso del consumo de alcohol, lo cual significa que uno de cada cinco suicidios, no ocurriría si la población no abusara del consumo de alcohol (OMS, 2014). Además del alcohol, el abuso del consumo de tabaco se considera también como un factor de riesgo importante relacionado con la suicidalidad (Sutter et al., 2018); siendo el suicidio una de las primeras causas de muerte a nivel mundial en adolescentes entre 15 y 19 años de edad (Bousoño et al., 2017; Lee et al., 2018; OMS, 2018).

La adolescencia se reconoce como una etapa susceptible a problemas de salud mental; ya que se encuentra en un período de desarrollo en la que se enfrenta a cambios físicos, psicológicos y sociales tales como: maduración fisiológica, dificultad en el manejo de las emociones, búsqueda de sensaciones nuevas, presión familiar, búsqueda de aceptación de los pares e impulsividad. Debido a estos cambios, los adolescentes se convierten en una población vulnerable a presentar síntomas depresivos, alto riesgo de consumo de drogas como alcohol y tabaco, así como conductas de suicidalidad (National Institute on Alcohol Abuse Alcoholism Abuse [NIAAA], 2014; Shulman et al., 2014).

Respecto al abuso del consumo de alcohol esta evidenciado como un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.9% de todas las defunciones. El 7.6% de las muertes entre los hombres y el 4.0% de las muertes entre las mujeres se atribuyeron al abuso del consumo alcohol. Alrededor de 139 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), y el 5.1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones, fueron atribuibles al abuso de esta sustancia (OMS, 2018). Así mismo es responsable de una proporción importante de la carga de la enfermedad en México es decir 6.5% de muertes prematuras y 1.5% de los días vividos sin salud (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] & Secretaría de Salud [SS], 2017a).

A nivel nacional la Encuesta sobre el Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCODE] (2015), reportó prevalencias altas de consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato, el consumo de alcohol alguna vez en su vida fue de 73.9%, en hombres 74.5% y 73.3% en mujeres; el consumo de alcohol en el último año fue de 49.1%, en hombres 59.8% y 39% en mujeres; el consumo en el último mes fue de 35.9%, en hombres 48.1% y 24.4% en mujeres (INPRFM, CONADIC & SS, 2015a).

En el estado de Nuevo León el 71.7% de los estudiantes que cursan bachillerato han consumido alcohol alguna vez en su vida, 73.1% hombres y 70.6% mujeres. Respecto a la prevalencia lápsica en el último año fue de 52.9%, en hombres 58.1% y en mujeres el 48.5% y el consumo en el último mes fue de 42.7%, en hombres de 47.8% y en mujeres de 38.3%. Estos datos indican que las prevalencias de consumo en su mayoría son más altas que las reportadas a nivel nacional. De acuerdo a los grupos de edad, las prevalencias de menor proporción de consumo fueron a los 15 años y de mayor proporción en los de 18 años de edad. Lo que indican que conforme avanza la edad se incrementa el consumo de alcohol en los adolescentes (INPRFM et al., 2015a).

Respecto a los tipos de consumo de alcohol en adolescentes mexicanos que cursan bachillerato han reportado que el consumo de riesgo ha sido de 37.2% a 52.6%, el consumo perjudicial de 6% a 30.7% y el consumo dependiente .4% a 38% (López-Cisneros et al., 2016; Méndez-Ruiz et al., 2018; Telumbre-Terrero & Sánchez-Jaimes, 2015).

Con respecto al abuso del consumo de tabaco la OMS refiere que es la principal causa prevenible de mortalidad en el mundo. El consumo de esta sustancia produce cada año más de 7 millones de muertes, más de 6 millones son consumidores de este producto y alrededor de 890 mil son no fumadores, sin embargo, estuvieron expuestos al humo de tabaco ajeno (OMS, 2017). Además, se reporta que existen, 942 millones de hombres y 175 millones de mujeres, mayores de 15 años que son fumadores actuales (American Cancer Society [ACS], 2018). Los consumidores de tabaco pierden un promedio de 15 años de vida y cerca de la mitad fallecerán por causas relacionadas con este producto (OMS, 2017).

En México, cada año mueren más de 47, 200 personas a causa de enfermedades causadas por el tabaco. Aun así, más de 9, 808,000 personas de 15 y más años de edad continúan consumiendo tabaco cada día (ACS, 2018). Con respecto a la prevalencia, la ENCODE informa que el 46.2% de los estudiantes de bachillerato han fumado tabaco alguna vez en la vida, siendo mayor en hombres (51.4%) que en mujeres (41.3%). En relación al último año el 29.6% consumió tabaco, siendo mayor el consumo en hombres (34.1%) que mujeres (25.3%), y del último mes el 18.8% consumió esta sustancia, de igual manera los hombres fueron los de mayor consumo con 23.1%, con respecto a las mujeres con 14.8% (INPRFM, CONADIC & SS, 2015b).

En el estado de Nuevo León el consumo de tabaco en adolescentes de bachillerato que alguna vez en la vida han consumido esta sustancia es de 49.6%, el consumo por sexo, en hombres es de 54.8% y en mujeres de 45.1%. La prevalencia en el último año es de 34.2%, en hombres de 39% y en mujeres de 30%, y el consumo en el

último mes fue de 21.9%, en hombres de 25.9% y en mujeres de 18.5%. Lo cual indica que todas las prevalencias de consumo fueron más altas en el estado de Nuevo León que a nivel nacional. Al respecto del tipo de consumo de tabaco, el consumo diario en Nuevo León reportó un 13.5% (17.6% en hombres y 9.9% en mujeres), esto es más alto en comparación con el nivel nacional, en donde se presentó un 11.7% y por sexo con 14.7% los hombres y 8.7% las mujeres (INPRFM et al., 2015b).

Respecto a los tipos de consumo de tabaco en adolescentes estudiantes de bachillerato, la literatura reporta que son fumadores diarios del 3% al 10%, fumadores ocasionales entre el 27.7% y 48%, y por último exfumadores entre 11.2% y 14.5% (López-Cisneros et al., 2016; Telumbre-Terrero & Sánchez-Jaimes, 2015).

Por otra parte, en relación al análisis de las “estadísticas sobre mortalidad” por suicidio, se ha observado que a nivel mundial el suicidio representa más de 800 mil muertes al año y es la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años de edad y la tercera causa en jóvenes de 15 a 19 años (OMS, 2018). A nivel nacional el sistema de consulta interactiva de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta en un comunicado de prensa (2016) que de los 6, 291 fallecidos por suicidio, el 81.3% (5, 116) eran hombres, mientras el 18.7% en mujeres (1, 173). Por lo anterior, el suicidio se entiende como un importante factor de riesgo en materia de salud pública. Entre las causas de muerte e intentos de suicidio reportadas han sido: problemas familiares y amorosos, depresión, ansiedad, abuso de alcohol y drogas (INEGI, 2018).

Aunado a lo anterior, las tasas de suicidios por grupo de edad y sexo, reportadas en el 2016, permiten observar que, en la población masculina, las tasas más altas se presentan entre los grupos de edad de 15 a 29 años, siendo la de los jóvenes de 20 a 24 años la más alta con 16 suicidios por cada 100 mil hombres. En tanto que, en las mujeres, la tasa más alta se presenta en el grupo de edad de 15 a 19 años con 4 suicidios por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2018).

Así mismo, la literatura identifica que las mujeres son las que presentan mayor ideación suicida e intentos de suicidio; sin embargo, los hombres son quienes logran un mayor número de suicidios consumados, esto debido al tipo de comportamiento violento y las estrategias que emplean como armas de fuego, ahorcamiento, precipitación al vacío y envenenamiento entre otros; comparado a las mujeres que suelen realizar tipos y estrategias menos violentas como; sobre-ingesta de psicofármacos, ingesta de veneno o por incisiones con materiales punzocortantes (OMS, 2014).

De acuerdo a la literatura, el adolescente con tendencias a presentar suicidalidad y abuso en el consumo de alcohol y tabaco, se determina que el principal detonante son los síntomas depresivos manifestados por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración entre otros. Esto se debe a que el adolescente se siente desesperanzado, con sentimientos de culpa, improductivo y con presencia de pensamientos negativos, los cuales aumentan el riesgo de suicidio y al abuso del consumo de alcohol y tabaco (Beck et al., 1996; Lee et al., 2017; OMS, 2017).

Lo anterior coincide con la OMS (2017), la cual destaca que los síntomas depresivos en su forma crónica o recurrente pueden dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir a la suicidalidad y al suicidio propiamente consumado (OMS, 2017). Por consiguiente, se debe destacar el concepto de la ideación suicida como el primer eslabón en la cadena de la suicidalidad, la cual se refiere a los pensamientos o deseos acerca de quitarse la vida y puede desencadenarse en propósitos más autodestructivos como intentos suicidas. Debido a que es de suma importancia identificarlo en las primeras instancias para poder intervenir y lograr prevenir un mayor daño a la salud (Beck et al., 1979).

El consumo y el abuso de drogas como es el caso del alcohol y el tabaco han mostrado relación con síntomas depresivos, así mismo con las conductas de suicidalidad

(Bousoño et al., 2017; García et al., 2016; Lee et al., 2018; Liu et al., 2017; Lobo & Morales, 2016; Park & Kim, 2016; Rivera-Rivera et al., 2015; Salvo & Castro, 2013; Sutter et al., 2018; Wang & Yen, 2017), además de reportar mayor presencia de síntomas depresivos y suicidalidad en mujeres con respecto a los hombres (Bousoño et al., 2017; González-Forteza, Hermosillo et al., 2015; Gonzales-Forteza, Juárez et al., 2015; Lee et al., 2018).

Sin embargo, aunque existe evidencia acerca de la temática, es escaso el conocimiento actualizado en México, dado que la mayoría de la literatura localizada hasta el momento ha sido de estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica, Europa y Asia. Por otra parte, en México existen tabúes o prejuicios que pueden estar influyendo en la investigación de la suicidalidad por lo que en la última década es insuficiente el conocimiento de esta temática (Chávez et al., 2011).

Por lo que el propósito del presente estudio fue conocer la relación de los síntomas depresivos con el consumo de alcohol, tabaco y suicidalidad en los adolescentes que estudian bachillerato a través de un estudio descriptivo correlacional; lo que contribuirá en la disciplina en la profundización del conocimiento de esta temática. Además, en un futuro se puede considerar la evidencia obtenida como base para el diseño de intervenciones de enfermería para la promoción de la salud en materia de fortalecimiento de la salud mental y la prevención de síntomas depresivos y suicidalidad, en el marco del uso indebido del consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de bachillerato.

Marco de referencia

El sustento teórico para el presente estudio aborda, los conceptos: síntomas depresivos (Beck et al., 1961), consumo de alcohol y tabaco (Babor et al., 2001; INPRFM et al., 2015a; INPRFM et al., 2015b) y suicidalidad (Beck et al., 1979).

Síntomas depresivos

La OMS (2017) en su clasificación internacional de enfermedades define la depresión como un estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad y cansancio diario durante dos semanas consecutivas o más. Es considerada además como un trastorno, síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan síntomas afectivos tales como; tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque también están presentes síntomas de tipo cognitivo (dificultad en la concentración, indecisión, etc.) y somático (insomnio, cansancio, etc.), por lo que puede hablarse de una afectación global de la vida psíquica con especial énfasis en la esfera afectiva, además la presencia de síntomas de deterioro funcional y social que en su conjunto suele afectar el desempeño social, laboral e interpersonal (American Psychiatric Association [APA], 2013).

La perspectiva teórica de los síntomas depresivos según Beck et al. (1961) se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. Esta percepción negativa guía a la persona a manifestar síntomas depresivos tales como; tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad consigo mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvaloración, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Los síntomas depresivos se encuentran relacionados a la etapa de la adolescencia debido a la susceptibilidad de impactar en el estado de ánimo y el afecto hacia sí mismo y otras personas, ligados a los cambios o problemas en ciertas situaciones de la vida como; enfermedad, desempeño académico, duelo, entre otros (Lee et al., 2017; OMS,

2017). Por lo cual, pueden aumentar la vulnerabilidad a situaciones o comportamientos de suicidalidad, conducta disocial, aislamiento, disminución del ánimo, inapetencia, irritabilidad e inquietud motora, consumo excesivo de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas (González-Forteza, Hermosillo et al., 2015; González et al., 2015). Para este estudio se consideró el concepto de síntomas depresivos de riesgo, los cuales son los síntomas moderados a graves que están presentes la mayor parte del tiempo o todo el tiempo, estos síntomas causan importantes cambios en el comportamiento del individuo y se puede necesitar tratamiento, debido a que conduce a padecer un trastorno depresivo grave, así mismo, esta gravedad de síntomas depresivos puede inducir a la ideación e intentos de suicidio (Bousoño et al., 2017).

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se refiere a la ingesta de bebidas con alcohol, este se describe en término de bebida estándar, se considera una bebida estándar la que contiene 0.6 onzas de etanol puro, equivalente a 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor fuerte (un "shot") como el tequila, el ron, el vodka o el whisky (NIAAA, 2017). El alcohol etílico también conocido como etanol, alcohol vínico y alcohol de melazas, es un líquido incoloro y volátil de olor agradable, que puede ser obtenido por dos métodos principales: la fermentación de los azúcares y el método sintético a partir del etileno. La fermentación de los azúcares es el proceso más común para su obtención a partir de la maceración de granos, jugos de frutas, miel, leche, papas o melazas, utilizando levaduras que contienen enzimas catalizadoras que transforman los azúcares complejos a sencillos y a continuación en alcohol y dióxido de carbono (Télez & Cote, 2006).

El alcohol es considerado una sustancia psicoactiva con propiedades adictivas o de dependencia fundamentadas científicamente, que conlleva un daño nocivo para la salud, repercutiendo no solo en el individuo, sino también en la familia y sociedad en la que interactúa (OMS, 2018). El metabolismo del alcohol en el organismo tiene

diferencias por sexo que ocurren por las condiciones fisiológicas debido a que al metabolizar el alcohol participan dos enzimas hepáticas: la enzima alcohol-deshidrogenasa (ADH) y el citocromo P450IIE1 (CYP2E1). Las mujeres, metabolizan el alcohol de forma diferente debido a que presentan menor cantidad de enzimas AHD, mayor cantidad de lípidos y menor cantidad de líquidos que los hombres, situación que ocasiona una mayor concentración de alcohol en la sangre aun cuando ingieren la misma cantidad que los hombres (Altamirano et al., 2010).

También se ha descrito que el alcohol ejerce un efecto global en el cerebro y causa efectos negativos en el sistema límbico, la corteza cerebral, el cerebelo, el hipotálamo, las glándulas pituitarias y el tronco encefálico. La corteza cingulada, la corteza orbital frontal y la corteza insular intervienen en los pensamientos sobre conductas e ideas de suicidalidad o suicidio. El sistema límbico es generalmente responsable de la función hormonal y responsable para el desarrollo de las emociones, el estado de ánimo, la motivación, el placer y el dolor entre otros. Así mismo cuando el alcohol afecta el sistema límbico, la persona puede estar sujeta a estados exagerados de emoción: ira, agresividad, aislamiento y pérdida de memoria, así como la afectación de la corteza orbito-frontal que es crítica para el juicio, la percepción, la motivación y el estado de ánimo, alterando las reacciones emocionales condicionadas (Rhawn, 2000).

Se ha documentado que el principal neurotransmisor involucrado en la vía de la recompensa es la dopamina. Este provoca sentimientos placenteros y aún con las dosis más bajas de alcohol pueden hacer que una persona se sienta bien, libre de miedo y se sienta segura, mientras que, en dosis más altas, el alcohol causa sentimientos de desesperanza y síntomas depresivos, lo cual puede conducir a una conducta suicida (Di Chaira, 1997).

Una de las formas que se han utilizado para medir el consumo de alcohol es la clasificación de los tipos de consumo de alcohol que proponen Babor et al. (2001), lo clasificaron en consumo de riesgo, perjudicial y dependiente. El consumo de riesgo es

referido como el consumo de alcohol que aumenta el riesgo de sufrir, en el futuro, daños físicos, psíquicos y/o sociales, pero sin que estén presentes en el momento actual. El consumo perjudicial se refiere a aquel que debido a su consumo de alcohol presenta algún tipo de problema físico, psíquico, social (problemas hepáticos, digestivos, neurológicos, cardíacos, oncológicos, área sexual, psicológicos, accidentes de tráfico, problemas laborales entre otros) sin que haya síntomas de dependencia.

Por último, el consumo dependiente es conceptualizado como un conjunto de características conductuales, cognitivas y fisiológicas que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estas características incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Otra de las formas en que se ha medido el consumo de alcohol es a través de prevalencias, considerada esta como una medida epidemiológica expresada en tasas que indica la proporción de usuarios que consumen alcohol en tiempo determinado. Se describen cuatro tipos de prevalencia; global o alguna vez en la vida, lápsica o del último año, actual o en el último mes e instantánea o en la última semana (INPRFM et al., 2017a).

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco se considera la ingesta de productos que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo (OMS, 2017), además, se conoce que el humo del tabaco contiene más de 4000 productos químicos, de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer (OMS, 2017). El fumar presenta dos características que si se dieran aisladas no lo harían especialmente grave, pero que al darse conjuntamente lo convierten en un grave problema de salud, individual y pública,

ya que es altamente adictivo y es altamente tóxico, además, de que es una dependencia relativamente fácil de adquirir y bastante difícil de controlar, lo que posibilita que se manifieste su gran toxicidad (Pérez et al., 2007).

La nicotina se refiere al alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Tiene efectos estimulantes y relajantes. Produce un efecto de alerta en el individuo y, en algunas personas, eleva la capacidad de concentración. En otras, reduce la ansiedad y la irritabilidad. La nicotina se consume en forma de humo de tabaco inhalado, “tabaco sin humo” (como el de mascar), rapé o chicles de nicotina. Cada calada de humo de tabaco contiene nicotina que se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega al cerebro en cuestión de segundos. Además, la nicotina desarrolla tolerancia y dependencia considerables, debido a su rápido metabolismo (10 segundos), a la concentración cerebral de nicotina que disminuye con rapidez y a que el fumador siente ganas de encender otro cigarrillo de 30 a 40 minutos después de apagar el anterior (OMS, 2017).

La literatura indica que existen explicaciones sobre la relación del consumo de tabaco y la suicidalidad; debido a que inmediatamente después de la absorción, la nicotina va a producir una activación de las glándulas adrenales y una descarga de adrenalina que produce estimulación corporal y descarga súbita de glucosa, aumento de la presión arterial, la respiración y el ritmo cardíaco. Además, su potencial adictivo también se debe a que produce liberación de dopamina en las regiones del cerebro que controlan las sensaciones de placer y bienestar y, se tiene la noción que el individuo busca este efecto para disminuir las sensaciones o pensamientos negativos y como resultado contrario, un consumo crónico puede causar enfermedades dolorosas y debilitantes que pueden conducir a conductas suicidas (Hughes, 2008).

Una de las formas de medir el consumo de tabaco es a través de la prevalencia que indica la proporción de consumidores en un tiempo determinado. Se describen cuatro tipos de prevalencia; global que indica el consumo de alguna vez en la vida,

lápsica o del último año, actual o en el último mes e instantánea o en la última semana. Además, para medir el tipo de consumo de tabaco se clasifico como: fumador diario, proporción de personas que actualmente fuman tabaco diariamente, fumador ocasional, proporción de personas que actualmente fuman tabaco ocasionalmente y exfumador, que indica la proporción de personas que fumaron tabaco en el pasado, considerando como mínimo 30 días y actualmente no fuman tabaco (INPRFM et al., 2017b).

Suicidalidad

La suicidalidad es una expresión temprana de vulnerabilidad que comprende manifestaciones sobre pensamientos y actitudes vagas de poco valor hacia la vida que pueden llegar a propósitos autodestructivos definidos como intentos de suicidio. Las personas con ideación suicida mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo de vida depresivo (Beck et al., 1979).

La suicidalidad puede estar asociada a procesos emocionales y comportamiento disfuncional y, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así, la probabilidad de suicidio. Una de las hipótesis más consensuadas para explicar la conducta suicida, es que ante la presencia de ciertas emociones especialmente de frustración o rechazo, el deseo de escapar de la situación o la incapacidad de comunicar a otros sus problemas, activa sucesos estresantes generadores de crisis por la falta de recursos para afrontarlas. Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarse suicidar, lleva a sentimientos de desesperanza que favorecen las conductas suicidas (Beck et al., 1979; Williams & Pollock, 2001).

Se ha documentado también que la suicidalidad tiene un amplio y complejo marco de factores de riesgo que influyen en conductas riesgosas; como el abuso del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas (mariguana, heroína, cocaína), pobreza, desempleo, pérdida de seres queridos, ruptura de relaciones amorosas o de amistad, problemas laborales o jurídicos, además de antecedentes familiares de suicidio,

maltrato en la infancia, trastornos mentales (trastornos del ánimo y esquizofrenia), así como trastornos orgánicos crónicos y dolorosos (Hernández & Villareal, 2014). Se ha reportado también que el perfil de una persona con suicidalidad se ha caracterizado principalmente por ser del sexo femenino, sentirse de mal humor, sentirse al borde de una crisis, sentirse cansado por las mañanas, sentir que nadie los entiende, sentirse débil, pérdida de apetito, incapacidad de seguir adelante, nerviosismo, soledad, temblor y cefalea aguda (Beck et al., 1961; Okasha et al., 1981).

La suicidalidad, además de considerar ideas y deseos suicidas, se encuentra ligado a las conductas de intentos suicidas sin resultado de muerte y los suicidios consumados o completados (Beck et al., 1979; Fowler, 2012; OMS, 2014). Para el presente estudio las ideas suicidas se consideraron como de bajo y alto riesgo; las ideas de bajo riesgo son aquellos pensamientos que son intermitentes o escasos acerca de que la vida no vale la pena y tienen una baja probabilidad de convertirse en un intento de suicidio, por el contrario las ideas o pensamientos acerca de que la vida no vale la pena pueden adoptar una cualidad persistente y severa lo que lleva a presentar ideación suicida de alto riesgo el cual se asocia a una mayor probabilidad de intentar suicidarse. El intento de suicidio se conceptualiza como cualquier comportamiento suicida no fatal, tales como; envenenamiento autoinfligido intencional y autolesiones que pueden o no tener un resultado fatal (Nizama, 2011; OMS, 2014).

Como factor biológico asociado a la suicidalidad es explicado por la disminución del neurotransmisor serotonina, que afecta particularmente la zona ventral de la corteza prefrontal, causando un déficit en la función de dicha zona asociada a la impulsividad y a la toma de decisiones. Participan además otras aminas biogénicas y el eje hipotalámico-pituitaria-adrenal (HPA) quienes también parecen estar involucrados en la conducta del suicidio. Con respecto a los factores cognitivos y psicológicos involucrados se incluyen; la desesperanza, dolor psicológico o mental, impulsividad, pobre habilidad para solucionar problemas, perfeccionismo, pobre autoestima y depresión, este último

como un trastorno de los más importantes que puede influir tanto en la suicidalidad como en el consumo o abuso de alcohol y otras drogas (Cáceda, 2014; Nizama, 2011).

Estudios relacionados

A continuación, se presenta la literatura revisada sobre las variables de estudio en el siguiente orden: en primer lugar, se presentan los estudios con las variables síntomas depresivos y consumo de alcohol y/o tabaco, seguido de síntomas depresivos y suicidalidad y por último estudios con las variables, síntomas depresivos y consumo de alcohol y/o tabaco y suicidalidad.

Síntomas depresivos y consumo de alcohol y/o tabaco

Rivera-Rivera et al. (2015) elaboraron un estudio transversal correlacional cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de sintomatología depresiva y explorar su asociación con factores individuales y familiares en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio superior en México. La muestra estuvo representada por 9, 982 adolescentes entre 14 y 19 años de edad. El resultado mostró que el 27% de los estudiantes presentó síntomas depresivos; la proporción fue mayor en mujeres (34%) que en hombres (18%). En relación con el consumo de sustancias, este incrementa casi dos veces la probabilidad de consumo de alcohol ($OR=1.72$; $IC95\%$ [1.46, 2.02]) y tabaco ($OR=1.57$; $IC95\%$ [1.31, 1.88]) al presentar sintomatología depresiva.

Síntomas depresivos y suicidalidad

García et al. (2016) realizaron un estudio transversal correlacional cuyo objetivo fue evaluar la presencia de ideación suicida y sintomatología depresiva a partir de variables predictoras (autoestima, impulsividad e ideación suicida) en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 4, 759 adolescentes de Chiapas en México entre las edades de 17 a 19 años. El resultado del estudio destaca el hecho de que la presencia de síntomas depresivos aumenta la probabilidad estimada de ideación suicida nueve veces

en contraste con los adolescentes que menos presentan sintomatología depresiva ($OR= 9.0; p <.001$).

Síntomas depresivos, y consumo de alcohol, tabaco y suicidalidad

Bousoño et al. (2017) realizaron un estudio transversal correlacional con el objetivo investigar la asociación en población adolescente entre consumo de sustancias potencialmente adictivas, uso inadecuado de internet, psicopatología e ideación suicida. La muestra estuvo representada por 1, 026 adolescentes de Oviedo en España con edades comprendidas entre 14 y 16 años. Los resultados del estudio muestran que se identificaron diferencias significativas en el consumo de alcohol por sexo, siendo más alto en hombres (11.89%) que en mujeres (7.86%) ($\chi^2= 4.20; p <.04$); también existen diferencias en las ideas suicidas siendo estas más altas en mujeres (4.23%) que en hombres [2.08%] ($\chi^2= 3.95; p <.05$). Se encontró probabilidad predictiva significativa de ocurrencia de ideación suicida en la presencia de síntomas depresivos ($OR= 9.26; IC95\% [4.60, 18.64]$) de igual forma una probabilidad de intentos suicidas previos en presencia de ideación suicida ($OR= 8.45; IC95\% [3.31, 21.55]$). Además, se encontró mayor probabilidad de ideación suicida en los que consumen alcohol ($OR= 3.44; IC95\% [1.67, 7.07]$).

Kim et al. (2014) colaboraron en un estudio de cohorte con el objetivo de investigar el consumo de tabaco, alcohol, drogas y la ideación suicida en delincuentes juveniles en Corea del Sur. La muestra fue de 1, 682 adolescentes coreanos entre los 15 y 18 años de edad. Los resultados de estudio demuestran que la probabilidad de ideación suicida fue significativa por el consumo de alcohol ($OR= 2.43; IC 95\% [1.5, 3.94]$), y por pensamientos depresivos ($OR= 13.37; IC95\% [8.76, 20.41]$). No se encontró probabilidad de la ideación suicida con el consumo de tabaco ($OR= 0.98; p =.97$).

Loboa y Morales (2016) realizaron un estudio transversal correlacional con el objetivo de establecer el perfil de riesgo de orientación suicida según los indicadores de salud mental: Depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de

sustancias psicoactivas en adolescentes. La muestra fue conformada por 544 adolescentes en el departamento de Tolima en Colombia entre las edades de 11 y 19 años. En los resultados se expresó que tener un riesgo de orientación suicida alto y moderado aumenta la probabilidad de casi 2 veces por problemas con sustancias psicoactivas ($OR= 1.97$; $p <.006$) y aumenta a 2.4 veces si se tiene en consideración todos los niveles de orientación suicida [bajo, medio y alto] ($OR= 2.38$; $p <.001$) además se reporta que los síntomas depresivos tuvieron valor predictivo alto hacia la orientación suicida ($OR= 11.0$; $p <.001$).

Park y Kim (2016) elaboraron un estudio transversal correlacional cuyo objetivo fue investigar la prevalencia, las correlaciones sociodemográficas y los problemas psicológicos asociados con el uso de sustancias (alcohol, tabaco y drogas ilícitas) en una muestra representativa a nivel nacional de adolescentes coreanos. La muestra estuvo representada por 72, 060 adolescentes entre las edades de 12 a 18 años. Los resultados reportan que el consumo de alcohol en relación con síntomas depresivos, los consumidores reportaron un 33.2% con probabilidad a presentar síntomas depresivos ($OR =1.71$; $p <.001$).

En relación con ideación suicida los consumidores de alcohol reportaron un 16.4% con probabilidad significativa ($OR=1.66$; $p <.001$); en relación con planeación suicida los consumidores reportaron un 5.9% con probabilidad significativa ($OR= 1.87$; $p <.001$); por último, en relación con el intento de suicidio los consumidores reportaron 4.0%, también con probabilidad significativa ($OR= 2.26$; $p <.001$).

Respecto al consumo de tabaco en relación con el síntomas depresivos los consumidores reportaron un 35.7% con probabilidad significativa a presentar síntomas ($OR= 1.75$; $p <.001$); en relación con ideación suicida los consumidores reportaron un 18.8% con probabilidad significativa ($OR= 1.83$; $p <.001$); en relación con planeación suicida los consumidores reportaron un 7.3% con probabilidad significativa

($OR= 1.97; p <.001$); por último en relación con el intento de suicidio los consumidores reportaron 5.6%, también con probabilidad significativa ($OR= 2.91; p <.001$).

Lee et al. (2018) realizaron un estudio transversal correlacional con el objetivo de investigar la asociación del consumo de tabaco no diario con síntomas depresivos y conductas suicidas comparándolo con fumadores diarios y los que nunca han fumado. La muestra estuvo conformada por 65, 528 adolescentes coreanos en edades de 12 a 18 años. En resultados se presentó el análisis de probabilidad de no fumar diariamente con respecto a los estados depresivos y las conductas suicidas en comparación con nunca haber fumado y fumar diario.

En los adolescentes de etapa temprana (12 a 15 años), el consumo ocasional de tabaco mostró una mayor probabilidad de síntomas depresivos ($OR= 1.33; p <.05$), ideación de suicidio ($OR= 1.41; p <.05$), planeación suicida ($OR= 1.43; p <.05$) por el contrario los intentos suicidas no mostraron probabilidad con los que nunca habían fumado ($OR= 1.0; p >.05$). En particular, no fumar tabaco diariamente en los adolescentes de edad temprana tenía más probabilidades de tener un mayor riesgo de síntomas depresivos ($OR= 1.55; p <.05$). Sin embargo, no se encontró probabilidad de síntomas depresivos con el hábito de fumar tabaco diariamente ($OR= 1.0; p >.05$).

En los adolescentes de etapa tardía (16 a 18 años) con consumo de tabaco diario presentaron mayor probabilidad al riesgo de síntomas depresivos ($OR= 1.26; p <.05$), de igual forma con ideación suicida ($OR= 1.28; p <.05$), plan suicida ($OR= 1.43; p <.05$) e intento de suicidio ($OR= 1.39; p <.05$).

Consumo de alcohol y/o tabaco y suicidalidad

Arenliu et al. (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de examinar la asociación entre el uso de múltiples sustancias, tales como: drogas lícitas (tabaco y alcohol) y drogas ilícitas (cannabis, heroína, anfetaminas) con ideas de suicidio auto-reportadas e intentos de suicidio en adolescentes de Kosovo. La muestra fue de 4, 709 adolescentes entre 14 y 16 años de edad. En los resultados del estudio se

reporta que alrededor de 7.8% de los adolescentes habían experimentado ideas de suicidio al menos alguna una vez en su vida y el 3.4% informaron que habían intentado suicidarse al menos alguna vez en la vida.

El análisis de Chi cuadrado para la ideación suicida por sexo encontró diferencia significativa, 9% de las mujeres y el 6.3% de los hombres presentaban ideas suicidas ($\chi^2= 11.21$; $p <.001$), por otra parte, los intentos de suicidio por sexo no indicaron diferencia significativa dado que se presentó 3.8% entre hombres y 3.2% en mujeres ($\chi^2= 1.06$; $p <0.171$); en términos de uso de sustancias psicoactivas con respecto al consumo de alcohol por sexo en últimos 30 días fue diferente de manera significativa ($\chi^2= 154.9$; $p <.001$), siendo más alta para los hombres (17.6%) que para las mujeres (4.8%). Con respecto al tipo de consumo de tabaco por sexo, reportó diferencia significativa ($\chi^2= 74.78$; $p <.001$), los fumadores diarios fue en mayor proporción los hombres (5.2%) con respecto a las mujeres (0.9%).

Se encontró además probabilidad significativa para la ideación suicida con el consumo de alcohol durante los últimos 30 días en los hombres ($OR=2.36$; $p <.001$) y mujeres ($OR= 3.24$; $p <.001$); de igual forma, probabilidad de la ideación suicida con el consumo diario de tabaco solo para los hombres ($OR=2.88$; $p <.05$), con respecto a las mujeres ($OR= 1.91$; $p >.05$). De igual manera los intentos de suicidio reportados y el consumo de alcohol por sexo, durante los últimos 30 días se encontró probabilidad significativa tanto para hombres ($OR= 2.90$; $p <.05$) como para mujeres ($OR= 2.34$; $p <.05$), por el contrario, los intentos de suicidio reportados y el consumo tabaco diario no hubo probabilidad significativa tanto en hombres ($OR= 2.23$; $p >.05$) como en mujeres ($OR= 1.54$; $p >.05$).

Salvo y Castro (2013) realizaron un estudio trasversal correlacional con el objetivo de determinar el valor predictivo de la soledad, la impulsividad y el consumo de alcohol en el comportamiento suicida en adolescentes chilenos. La muestra estuvo compuesta por 763 adolescentes de 14 y 19 años de edad. En los resultados se encontró

que el orden de importancia en la contribución relativa a la explicación de la suicidalidad por el consumo de alcohol fue mínimo ($\beta= 0.15$; $p =.019$). A través del Coeficiente de Correlación de Pearson permitieron concluir que el consumo de alcohol se relaciona significativamente y con la suicidalidad ($r= 0.18$; $p <.001$).

Wang y Yen (2017) elaboraron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de explorar cómo el comportamiento del uso de sustancias (alcohol, tabaco, ketamina y metanfetamina) en adolescentes contribuye al comportamiento suicida. La muestra estuvo conformada por 13, 985 adolescentes taiwaneses de 12 a 19 años de edad. En los resultados se encontró que el uso de alcohol y tabaco en su conjunto el modelo contribuyó significativamente al comportamiento suicida en mujeres ($\beta= 0.34$; $p <.001$) y hombres ($\beta= 0.53$; $p <.001$), además se destaca que, en el consumo de alcohol y tabaco, las mujeres tuvieron proporciones más altas que los hombres en los tipos de comportamiento suicida. De acuerdo al orden de los tipos de comportamientos suicida con respecto al consumo de alcohol se reportaron en el orden siguiente, ideación suicida en mujeres 48.15% y hombres 26.79%, seguido de planeación suicida en mujeres de 42.59% y hombres de 22.32% y por último intento suicida en mujeres de 42.59% y hombres de 16.96%.

Respecto a los que consumen el tabaco, los comportamientos suicidas se reportaron en el siguiente orden; ideación suicida en las mujeres con 52.06% y hombres con 20.58%, planeación suicida en las mujeres con 40.50% y hombres con 19.29% e intento suicida en mujeres de 38.84% y hombres de 12.54%.

Sutter et al. (2018) realizaron un estudio de corte trasversal correlacional con el objetivo de identificar las clases de consumidores de tabaco en adolescentes y determinar los factores predictivos de la pertenencia a una clase de consumo de tabaco, incluidos los factores relacionados con el tabaco, el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas, el funcionamiento psicosocial y los marcadores de salud física. La muestra estuvo representada por 1, 168 adolescentes de Virginia en Estados Unidos

entre las edades de 16 a 26 años. En los resultados del estudio se determinó que la clase de poli-usuarios pesados (aquellos adolescentes que consumen diariamente cigarrillos y otros productos como el tabaco masticado) prestan mayor probabilidad de presentar ideación suicida ($OR= 0.42$; $p <.05$).

Liu et al. (2017) realizaron un estudio para examinar la prevalencia, las características sociodemográficas y los factores de riesgo de la conducta suicida, incluido la ideación suicida, la planeación suicida e intento suicida, en una muestra de 11, 831 adolescentes chinos entre las edades de 12 a 18 años. En los resultados se mostró diferencias significativas por sexo tanto para consumo de alcohol alguna vez en la vida en hombres (48.6%) y mujeres (25.4%) ($\chi^2= 680.34$; $p <.001$) y como para el consumo de tabaco alguna vez en la vida en hombres (32.3%) y mujeres (10.7%) ($\chi^2=813.46$; $p <.001$) siendo mayor el consumo de estas sustancias en los hombres.

En relación con el consumo de alcohol alguna vez en la vida se encontró una probabilidad significativa tanto para ideación suicida ($OR= 1.46$; $p <.05$), planeación suicida ($OR=1.44$; $p <.05$) e intento suicida ($OR= 1.47$; $p <.05$). Respecto al consumo de tabaco también se encontró una probabilidad significativa tanto para ideación suicida ($OR= 1.62$; $p <.05$), planeación suicida ($OR= 1.60$; $p <.05$) e intento suicida ($OR= 1.80$; $p <.05$).

Consumo de alcohol y/o tabaco

López-Cisneros et al. (2016) realizaron un estudio para describir el consumo de tabaco y alcohol en 735 adolescentes entre las edades de 14 y 18 años de edad de complementos urbanos del estado de Nuevo León a través de un estudio transversal descriptivo. Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol el 73.6% han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 64.8% en el último año, el 39.6% en el último mes y el 19% en la última semana. De acuerdo con los adolescentes que consumen alcohol el 47% presenta un consumo de riesgo, 22.35% consumo dependiente y el 30.7% consumo perjudicial. Respecto a la prevalencia de consumo de tabaco el 30.5% han consumido

alcohol alguna vez en la vida, el 19.3% en el último año, el 12.5% en el último mes y el 7.3% en la última semana. De acuerdo con los adolescentes que fuman el 15% de los adolescentes son fumadores ocasionales, 3.9% fumadores diarios y 11.2% exfumadores.

Telumbre-Terrero et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el tipo de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. La muestra estuvo conformada por 172 estudiantes de Enfermería entre las edades de 17 y 21 años de edad. Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol el 83.1% han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 73.5% en el último año, el 53% en el último mes y el 33.7% en la última semana. De acuerdo con los adolescentes que consumen alcohol el 36.9% presenta un consumo de riesgo, 32.8% consumo dependiente y el 30.3% consumo perjudicial. Respecto a la prevalencia de consumo de tabaco el 56% han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 41.6% en el último año, el 30.7% en el último mes y el 23.5% en la última semana. De acuerdo con los adolescentes que fuman el 27.7% de los adolescentes son fumadores ocasionales, 10.8% fumadores diarios y 14.5% exfumadores.

Nuño-Gutiérrez et al. (2015) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del consumo de tabaco y evaluar su grado de asociación con algunos factores familiares y del entorno escolar en los adolescentes de una preparatoria en México. La muestra estuvo conformada por 562 entre las edades de 14 y 18 años de edad. Respecto a las prevalencias de consumo de tabaco el 58.2% han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 32.4% en el último año, el 23.9% en el último mes. De acuerdo a los adolescentes que fuman el 48% de los adolescentes son fumadores ocasionales, 10% fumadores diarios. Reporta que no hubo diferencias en las prevalencias por sexo (hombres 24.7% y mujeres 23.5%; ($p= 0.41$)). además de que los participantes con consumo diario tenían mayor edad ($16.4 + 1.0$ años) que los sujetos que no consumían ($16.1 + 1.1$ años, $p= 0.002$).

Tegoma-Ruiz & Cortaza-Ramírez (2016), realizaron un estudio para conocer la prevalencia del consumo de alcohol en 248 estudiantes de secundaria de 12 a 16 años en México. Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol el 59.3% han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 43.5% en el último año, el 16.9% en el último mes y el 6.5% en la última semana. De acuerdo a los adolescentes que consumen alcohol el 18.5% presenta un consumo de riesgo, 0% consumo dependiente y el 1.8% consumo perjudicial, además de reportar que no hay diferencias entre los tipos de consumo de alcohol por sexo ($\chi^2 = 2.05$, $p = 0.35$).

En la síntesis de la literatura revisada se ha documentado que existe una relación significativa entre suicidalidad y el consumo de alcohol y tabaco, con mayor evidencia con respecto al consumo de alcohol que al consumo de tabaco, se observa que, aunque los hombres presentan mayor consumo de alcohol y tabaco, las mujeres reportan mayor ideación e intentos suicidas, así mismo a menor edad de los adolescentes mayor riesgo de ideación suicida. Con respecto a síntomas depresivos se ha documentado relación significativa tanto para el consumo de alcohol y tabaco, como para la suicidalidad y, se identifica que las mujeres presentan mayores síntomas depresivos con respecto a los hombres.

Definición de términos

A continuación, se definen los términos de las variables que se utilizaron en el presente estudio:

Variables sociodemográficas, son las variables que describen las características de la población como la edad y sexo. Fueron medidas a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPHCAT).

Sexo, es la característica biológica del estudiante de bachillerato, considerándose masculino y femenino.

Edad, son los años cumplidos expresados por el estudiante de bachillerato en el momento de la medición de las variables.

Síntomas depresivos, son manifestaciones o percepciones negativas que presenta el estudiante de bachillerato sobre sí mismo, su entorno y sobre el futuro que alteran su vida. Fue medido a través del Inventario de Depresión Segunda Versión BDI-II (Beck et al., 1996).

Síntomas depresivos de riesgo, son manifestaciones o percepciones negativas que presenta el estudiante de bachillerato que por su gravedad aumentan el riesgo a padecer un trastorno depresivo. Fue medido a través del Inventario de Depresión Segunda Versión BDI-II (Beck et al., 1996).

Consumo de alcohol, es la ingesta de bebidas alcohólicas por parte del estudiante de bachillerato, en términos de frecuencia y cantidad, fue medido a través de los tipos de consumo de alcohol.

Tipos de consumo de alcohol, se refiere a la frecuencia y cantidad de consumo del estudiante de bachillerato y se clasifica en consumo de riesgo, consumo perjudicial y consumo dependiente, mismas que se midieron con el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) diseñado por Babor et al. (2001).

Consumo de riesgo, es considerado en estudiantes de bachillerato hombres cuando su consumo es de menos de 4 bebidas estándar y en mujeres de dos bebidas estándar, no más de tres veces por semana, se valora que tan frecuente consume bebidas alcohólicas, cuantas bebidas se consumen en un día típico y con qué frecuencia se consume seis o más bebidas.

Consumo perjudicial, es el consumo en estudiantes de bachillerato de cuatro a nueve bebidas estándar en hombres y en mujeres el consumo de tres a cinco bebidas estándar, que evidencia los sentimientos de culpa tras el consumo, lagunas de memoria, lesiones así mismo y a otros relacionados por el consumo y si otras personas se preocupan por el consumo que tiene el estudiante de bachillerato.

Consumo dependiente, es el consumo en estudiantes de bachillerato de más de 10 bebidas estándar en los hombres y en las mujeres de más de seis bebidas y que considera

la pérdida del control sobre el consumo, frecuencia de preferir tomas en lugar de realizar una tarea y el consumo matutino.

Consumo de bebidas en un día típico, se refiere a al número de bebidas alcohólicas que el estudiante de bachillerato consume en un día normal o especial. Fue medido a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPHCAT).

Consumo de tabaco, es la ingesta de tabaco a través cigarrillos, que el estudiante de bachillerato refiere consumir. Los tipos de consumo son exfumador, fumador diario y fumador ocasional. Este fue medido a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPHCAT).

Fumador diario, se refiere a los estudiantes de bachillerato que actualmente fuman tabaco diariamente.

Fumador ocasional, se refiere a los estudiantes de bachillerato que actualmente fuman tabaco ocasionalmente.

Exfumador, se refiere a los estudiantes de bachillerato que fumaron tabaco en el pasado y actualmente no fuma.

Consumo de cigarrillos en un día típico, se refiere se refiere a al número cigarrillos hechos de tabaco que el estudiante de bachillerato fuma en un día normal o especial. Fue medido a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPHCAT).

Prevalencias de consumo de alcohol y tabaco, es la proporción de consumo de alcohol y tabaco que tienen los estudiantes de bachillerato en un tiempo determinado. Estas fueron medidas a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPHCAT).

Prevalencia global de consumo de alcohol y tabaco, es la proporción de consumo de alcohol y tabaco que tienen los estudiantes de bachillerato alguna vez en la vida.

Prevalencia lápsica de consumo de alcohol y tabaco, es la proporción de consumo de alcohol y tabaco que tienen los estudiantes de bachillerato en el último año.

Prevalencia actual de consumo de alcohol y tabaco, es la proporción de consumo de alcohol y tabaco que tienen los estudiantes de bachillerato en el último mes.

Prevalencia instantánea de consumo de alcohol y tabaco, es la proporción de consumo de alcohol y tabaco que tienen los estudiantes de bachillerato en la última semana.

Suicidalidad, es una conducta que puede presentar el estudiante de bachillerato, expresado a través de ideas, deseos o manifestaciones de poco valor de la vida con propósitos más autodestructivos como intentos de suicidarse. Fue medido a través de la Escala de Suicidalidad (Okasha et al., 1981).

Ideación Suicida, son pensamientos que el estudiante de bachillerato refiere tener acerca del poco valor que tiene la vida, las ganas de morir, deseos de no existir y las ideas de quitarse la vida.

Ideación suicida de alto riesgo, se refiere a los pensamientos que tiene el estudiante de bachillerato acerca de quitarse la vida con un alto riesgo de intentar suicidarse.

Ideación suicida de bajo riesgo, se refiere a los pensamientos que tiene el estudiante de bachillerato acerca de quitarse la vida con un bajo riesgo de intentar suicidarse.

Intentos de suicidio, se refiere al acto del estudiante de bachillerato donde de forma deliberada intenta quitarse la vida sin haberlo conseguido.

Objetivos del estudio

Los objetivos planteados en el presente estudio fueron:

1. Calcular las prevalencias del consumo de alcohol y tabaco de alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato.
2. Determinar los tipos de consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato.
3. Describir los síntomas depresivos con el consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato.
4. Analizar la suicidalidad (ideación suicida e intento de suicidio) con el consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato.
5. Determinar la relación de síntomas depresivos, suicidalidad, tipos de consumo de alcohol y número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico en los estudiantes de bachillerato.
6. Determinar la asociación de síntomas depresivos y suicidalidad en los estudiantes de bachillerato que consumen y no consumen alcohol y tabaco.

Capítulo II

Metodología

Dentro de este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, así como la descripción de los instrumentos de medición, procedimiento para la recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de los datos.

Diseño del estudio

El diseño del presente estudio fue descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2016). Se consideró descriptivo por qué se describen y documentan aspectos de una situación que ocurre de manera natural, sin manipulación de variables, es decir se describen las variables sociodemográficas, los síntomas depresivos, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y suicidalidad. Se consideró correlacional, dado que se analizó la relación de los síntomas depresivos, el consumo de alcohol, tabaco y suicidalidad.

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por 3, 324 sujetos de 15 a 18 años de edad, de ambos sexos de una preparatoria técnica de una Universidad Pública ubicada en un municipio del área metropolitana del Estado de Nuevo León. Se realizó un muestreo probabilístico estratificado (semestre) por conglomerados (grupos) y proporcional al tamaño del estrato. El tamaño de la muestra fue determinado a través del paquete estadístico nQueryAdvisor V7.0 (Elashoff, 2007), con los siguientes parámetros; se contrastó para una hipótesis bilateral alternativa de .18 con un tamaño de efecto de mediano a pequeño (Cohen, 1988), nivel de confianza de 95% con un efecto de diseño de 1.15, una potencia de 90% y una tasa de no respuesta del 5%, dando una muestra total de 297 participantes de 13 grupos; 1° Semestre (1 grupo), 2° Semestre (4 grupos), 3° Semestre (1 grupo), 4° Semestre (3 grupos), 5° Semestre (1 grupo) y 6° Semestre (3 grupos).

Instrumentos de medición

En este estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco [CDPHCAT] (Apéndice A) y tres instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, II [BDI-II] (Apéndice B), Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Apéndice C) y Escala de Suicidalidad de Okasha (Apéndice D).

La Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPHCAT), estuvo constituida por cuatro apartados, el primero corresponde a datos personales y consta de cuatro preguntas, las cuales se refieren a sexo, edad, semestre que cursan actualmente y si trabaja y estudia o si solo estudia. En el segundo y tercer apartado, el historial de consumo de alcohol y tabaco, se indaga sobre las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco; global o consumo alguna vez en la vida, lápsica o consumo en el último año, actual o consumo en el último mes e instantánea o consumo en los últimos siete días, estas preguntas presentan un patrón de respuesta dicotómica (Si y No).

Además, se indaga el número de copas o bebidas con alcohol y de cigarrillos con tabaco, que consume en un día típico, así como la edad de inicio de consumo de ambas sustancias. El apartado cuatro mide a los tipos de consumo de tabaco con tres preguntas con respuesta dicotómica (Si y No), para determinar si los participantes son exfumadores, fumadores diarios o fumadores ocasionales.

El primer instrumento que se utilizó fue el Inventario de Depresión de Beck, II [BDI-II] (Apéndice B) es un instrumento desarrollado por Beck et al. (1996), evalúa la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes en los últimos 12 meses. Está conformado por 21 ítems. Cada ítem se valora con un patrón de respuesta de cero a tres puntos, 0 es igual a no haber cambios en el síntoma, 1 son síntomas leves durante la menor parte del tiempo, 2 son síntomas moderados durante la mayor parte del tiempo, 3 son síntomas graves en todo momento, la puntuación total varía de cero a 63 puntos. Se establecieron puntos de corte que permiten clasificar la gravedad de los síntomas

depresivos de la siguiente forma: de 0-13 puntos se considera depresión mínima, de 14-19 puntos depresión leve, de 20-28 puntos, depresión moderada y de 29-63 puntos, depresión grave.

Además, la literatura establece un punto de corte de igual o mayor a 21 puntos el cual considera que los síntomas suponen un riesgo para presentar depresión. Este inventario ha sido validado en población de adolescentes mexicanos por Contreras-Valdez et al. (2015), reportando un Coeficiente Alpha de Cronbach de .89. Para el proceso estadístico se obtuvieron sumatorias para determinar la presencia de síntomas depresivos de riesgo e índices de la escala total del instrumento.

El segundo instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Apéndice C), desarrollado por Babor et al. (1989). Este cuestionario evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Está conformado por 10 ítems, los primeros tres (1-3) evalúan la cantidad y frecuencia del consumo para determinar el consumo de riesgo, los ítems cuatro al seis evalúan el consumo dependiente y los ítems siete al 10 valora el consumo perjudicial.

Según Babor et al. (2001) la puntuación total permite identificar, el tipo de consumo en función del punto de corte establecido, una puntuación entre cuatro y 15, indica un consumo de riesgo, entre 16 y 19 puntos, consumo perjudicial y puntuaciones de 20 a 40 revelan una posible dependencia al alcohol. Este instrumento fue validado en población de adolescentes donde se reportó un Alpha de Cronbach de 0.82 (Rial et al., 2017). Para el proceso estadístico se obtuvieron sumatorias e índices para establecer los tipos de consumo y la relación con las variables del estudio.

Por último, la Escala de Suicidalidad (Apéndice D), es otro instrumento que se utilizó en el presente estudio, fue desarrollada por Okasha et al. (1981), evalúa la ideación suicida y los intentos suicidas en los últimos 12 meses. Está conformada por cuatro ítems. Los ítems del uno al tres miden la ideación suicida, y el ítem cuatro el

número de intentos de suicidio. Las opciones de respuesta de los tres primeros ítems son nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2) y muchas veces (3), con un valor cero a tres puntos respectivamente. La sumatoria de estos tres primeros ítems conforma el puntaje de ideación suicida que oscila entre cero y nueve puntos.

El puntaje obtenido se utilizó para determinar las ideas suicidas con bajo o alto riesgo de intento de suicidio. De uno a cuatro puntos corresponde a la ideación suicida con bajo riesgo de intento de suicidio y de cinco a nueve puntos, a la ideación suicida con alto riesgo de intento de suicidio. El ítem número cuatro indaga sobre los intentos de suicidio en relación a la frecuencia, con un patrón de respuesta de (0) ningún intento, (1) un intento, (2) dos intentos y (3) tres o más intentos. La sumatoria de estos cuatro ítems conforma la suicidalidad en su escala total, que oscila entre cero (0) y 12 puntos, lo que indica que, a mayor puntuación, mayor suicidalidad.

Esta escala fue validada en población adolescente de habla hispana en Chile por Salvo et al. (2009) y obtuvo un Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.89. Para el proceso estadístico el puntaje obtenido se transformó en sumatorias para determinar la ideación de bajo y alto riesgo e índices para la relación con otras variables.

Procedimiento de recolección de datos

Para el desarrollo de la presente investigación, se contó con la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se solicitó por escrito la autorización a los directivos de la institución educativa donde se desarrolló el estudio. Una vez obtenida la autorización, se solicitaron las listas de todos los grupos por semestre de la preparatoria para seleccionar de manera aleatoria los grupos de estudiantes que participaron en el presente estudio.

Posterior a la selección de los grupos se hizo la invitación a los adolescentes a participar en el estudio, se les explicó de manera clara y sencilla el propósito del estudio y la importancia de su participación, enfatizando que era voluntaria y, que se mantendría

la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada. Una vez que aceptaron participar, a los estudiantes menores de 18 años de edad, se les entregó el consentimiento informado (Apéndice E) para obtener la autorización del padre o tutor.

A los estudiantes menores de edad que obtuvieron el consentimiento de sus padres o tutores, se revisaron que estuvieran debidamente firmados y, les fue entregado el asentimiento informado (Apéndice F), así como el consentimiento informado a los estudiantes mayores de edad para obtener su firma como signo de aceptación (Apéndice G), informándoles que quienes no desearan participar estaban en libertad de no hacerlo sin que ello perjudicara sus actividades y resultados académicos.

Previo a la aplicación de los instrumentos se solicitaron los consentimientos informados firmados por los padres o tutores donde otorgaron su autorización para participar en el estudio, así mismo el asentimiento firmado por los estudiantes menores de edad, aquellos menores de edad que no lo entregaron no participaron en el estudio, a los mayores de edad se les solicitó el consentimiento debidamente firmado. Los instrumentos fueron aplicados en un horario donde no interfirió con las actividades académicas y previa autorización de los directivos y/o profesores de clase. Se les indicó a los estudiantes que, aunque hubieran firmado la autorización de participación tendrían la libertad de retirarse del estudio en el momento que ellos así lo decidieran, sin que esto afectara su condición de estudiante.

De igual forma en los menores de edad que tuvieron autorización de los padres o tutores, estuvieron en libertad de no participar en el estudio si ellos así lo decidan, sin que ello tuviera ninguna repercusión a sus derechos como estudiante.

Los instrumentos se aplicaron en un espacio o aula, con previa autorización de los directivos, se aseguró la privacidad y se cuidó que el espacio estuviera libre de distractores. Posterior a la autorización de los espacios se les entregó los instrumentos a los participantes, previo a contestarlos, se procedió a dar lectura a las instrucciones, recordándoles que la información que proporcione será confidencial y anónima. Los

participantes respondieron en el siguiente orden: primero la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco [CDPHCAT] (Apéndice A), seguido del Inventario de Depresión de Beck, II [BDI-II] (Apéndice B), enseguida el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Apéndice C) y por último la Escala de Suicidalidad de Okasha (Apéndice D).

Durante el llenado de los instrumentos, el autor principal del estudio estuvo al pendiente a una distancia prudente para poder contestar o resolver cualquier duda que se presentara. En el caso de que alguno de los estudiantes durante el proceso del llenado de los cuestionarios se sintiera incomodo por alguna la preguntas tuvo el derecho de abandonar el estudio, si así lo considerara, de lo contrario se le dio un tiempo razonable para que continuara, caso que no se dio al respecto. Al finalizar de contestar los instrumentos se les indicó a los participantes que los depositaran dentro de una caja que estuvo ubicada en el escritorio del aula. Por último, se agradeció a los estudiantes por su participación en el estudio. Los cuestionarios han sido resguardados por el autor del estudio y serán destruidos después de un lapso de 12 meses posterior a la fecha de recolección de datos.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaria de Salud [SS], 1987); y considerando la última reforma publicada (SS, 2014).

Se consideró el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 que indica que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y bienestar de los participantes. Para ello se contó con el consentimiento y asentimiento informado por escrito (Apéndices E, F y G), donde se explica el objetivo del estudio, el respeto y la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento que lo deseen sin que esto perjudique su situación académica. Durante todo el proceso de recolección de datos se

ofreció un trato amable y respetuoso estando siempre el autor principal al pendiente de cualquier duda, respetando en todo momento los derechos de los participantes.

En relación con el Artículo 14 Fracciones I, V, VI, VII, VIII y IX, al respecto se ajustó a los principios científicos y éticos. Se contó con el consentimiento informado por escrito para obtener su autorización de los padres o tutores de los menores de edad, así como el asentimiento informado para el menor y, en los mayores de edad el consentimiento informado debidamente firmado que autorizara su participación. El participante tuvo la libertad de retirarse del estudio, en el momento que así lo deseara o lo solicitara. La investigación fue supervisada por un profesional de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano el cual hace referencia el Artículo 114. Se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Así mismo con la autorización de los directivos de la institución educativa donde se realizó el estudio, se garantizó el anonimato del participante, protegiendo los derechos de los estudiantes durante el proceso del estudio.

De acuerdo con el Artículo 16 se protegió la privacidad del participante. Debido a que los instrumentos fueron auto-aplicables, de manera anónima y confidenciales. No se identificó al participante por su nombre, ni se obtuvieron datos personales como dirección o alguna información que revelara su identidad. La recolección de la información se llevó a cabo en un espacio asignando por las autoridades de la institución, donde se cuidó la integridad y privacidad de los participantes en un lugar donde se sintieran cómodos, sin distracciones y en un ambiente tranquilo.

Respecto al Artículo 17 Fracción II, en la presente investigación no se realizó ninguna intervención en los participantes, sin embargo fue considerada como de riesgo mínimo, debido a que, se aplicaron instrumentos en donde algunas preguntas podrían afectar las emociones o sensibilidad de forma negativa, con capacidad de provocar incomodidad temporal, en dado caso que el participante experimentara tales

emociones/reacciones, se suspendería de inmediato sin que ello repercutiera en su relación con la institución educativa y en el caso que el participante decidiera seguir participando se le daría oportunidad de completar los instrumentos. Situación que no se presentó en el presente estudio.

Conforme al Artículo 20 para que el consentimiento informado tenga validez, se solicitó la firma por escrito al padre o tutor de los menores de edad, así como el asentimiento y el consentimiento a los mayores de edad como signo de autorización para participar en el estudio con pleno conocimiento de los procedimientos, libertad de elección y sin coacción alguna. Se reiteró al participante sobre su libertad de retractarse a participar en el estudio, sin que ello obtuviera represalias en su condición de estudiante de la institución a la que pertenece. Se le informó que se protegería su confidencialidad y el anonimato, al no identificarlos por su nombre o matrícula. Los participantes que decidieron participar recibieron una copia del consentimiento informado, previamente autorizado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. La información de los instrumentos será resguardada por el investigador por 12 meses y posterior al tiempo estipulado será destruida.

En apego al Artículo 21 Fracción I, III, IV, VI, VII, VIII, IX, el participante recibió una explicación clara, completa, comprensible e información actualizada del estudio, que incluye la justificación y objetivos de la investigación, las molestias o riesgos y sus beneficios por participar, se les resolvió cada duda acerca de los asuntos relacionados con la investigación, así como del llenado de los instrumentos. Del mismo modo se le informó que en el momento que ellos decidieran, tendrían la libertad de retirar su consentimiento o dejar de participar en el estudio, se les brindó la seguridad de que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Se le informó que no tendría costo ni obtendrían beneficios económicos por su participación en el estudio, no obstante, se les informó que los resultados que se obtuvieron con base a la información que proporcionaron, servirán en un futuro para

diseñar intervenciones de enfermería sobre la promoción de la salud y prevención de síntomas depresivos y suicidalidad en el marco del uso indebido del consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes que estudian bachillerato.

Referente al Artículo 22 Fracciones I, II, III, IV, V. El consentimiento informado, fue elaborado por el investigador, revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la FAEN. El consentimiento informado fue firmado por el autor principal, del estudio, el participante y dos testigos y se extendió por duplicado para el participante.

Respecto al Capítulo III de la investigación en menores de edad, y de acuerdo al Artículo 35 se aseguró que previamente se hubieran realizado estudios previos en personas mayores de edad, correspondientes a la presente temática de investigación.

Conforme al Artículo 36 se formuló y entregó al menor, un consentimiento informado para los padres o tutores, mostrando el objetivo del estudio, el procedimiento por escrito, los posibles riesgos y beneficios del estudio. Para obtener de los padres o tutores, la firma de autorización para que su hijo(a) pudiera participar en la investigación.

De acuerdo al Capítulo V de la Investigación en Grupos Subordinados, en su Artículo 57 y 58, Fracción I, II, se cuidó que la participación de los estudiantes en esta investigación no interviniera personal de la institución ni se afectara su situación escolar y que la información obtenida no fuera utilizada en perjuicio de los participantes. Por lo que se cuidó además que la participación del estudiante fuera voluntaria, ni influida por autoridades educativas de la institución donde estudia el participante, además se garantizó que los resultados obtenidos podrán ser usados con fines científicos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron procesados electrónicamente con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. En el análisis descriptivo se

obtuvieron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad, y estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de las variables continuas y numéricas para determinar el uso de la estadística paramétrica y no paramétrica. Esta prueba reportó que las variables numéricas o continuas no presentaron normalidad por lo que se utilizó estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos del estudio. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach.

Para dar respuesta al primer objetivo planteado, que propuso determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato por sexo y edad, se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones con estimación puntual por Intervalos de Confianza (IC) del 95%. Además, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba Chi Cuadrado de Pearson para analizar las diferencias de prevalencias por sexo y edad.

Para responder el objetivo dos que propuso identificar los tipos de consumo de alcohol (consumo de riesgo, consumo perjudicial y consumo dependiente) e identificar los tipos de consumo de tabaco (exfumador, fumador diario y fumador ocasional) por sexo y edad en estudiantes de bachillerato. Se obtuvieron frecuencias y proporciones con estimación puntual por intervalo de confianza del 95%, se utilizó estadística inferencial a través de las pruebas U de Mann-Whitney para analizar las diferencias de tipos de consumo de alcohol y la prueba Chi Cuadrado de Pearson para los tipos de consumo de tabaco por sexo y edad, además la prueba H de Kruskal-Wallis para edad en el consumo de alcohol.

Para el objetivo tres que planteó describir los síntomas depresivos con el consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en estudiantes de bachillerato, se obtuvieron frecuencias y proporciones con estimación puntual por intervalo de confianza

del 95% y se aplicó la estadística inferencial a través de las pruebas U de Mann-Whitney para analizar las diferencias por sexo y H de Kruskal-Wallis para analizar las diferencias por edad, además se utilizó la prueba Chi Cuadrado de Pearson para analizar las diferencias en los que presentaban síntomas depresivos de riesgo en los que consumían y no consumían alcohol y tabaco.

Para responder el objetivo cuatro en el cual se analizó la suicidalidad (ideación suicida e intento de suicidio) con el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato por sexo y edad, se obtuvieron frecuencias y proporciones, con estimación puntual por intervalo de confianza del 95% y se utilizó estadística inferencial a través de las pruebas U de Mann-Whitney para analizar las diferencias por sexo y H de Kruskal-Wallis para analizar las diferencias por edad, además se utilizó la prueba Chi Cuadrado de Pearson para analizar las diferencias en los que presentaban ideación suicida de alto riesgo en los que consumían y no consumían alcohol y tabaco.

En el objetivo cinco que plantea determinar la relación de síntomas depresivos, suicidalidad, tipos de consumo de alcohol y número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico en estudiantes de bachillerato, se utilizó el Coeficiente Correlación de Spearman.

Para responder el objetivo seis que propuso determinar la asociación de síntomas depresivos y suicidalidad en estudiantes de bachillerato que consumen y no consumen alcohol y tabaco, se utilizaron las medidas de asociación Odds ratio (*OR*).

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, se muestra la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y de los instrumentos, la prueba de normalidad y la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia interna de los instrumentos

Tabla 1

Coefficiente Alpha de Cronbach de los instrumentos

Instrumentos	N° de Reactivos	Reactivos	α
Inventario de Depresión de Beck II (BDI-2)	21	1-21	.92
Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de alcohol (AUDIT)	10	1-10	.81
Subescalas			
De riesgo	3	1-3	.67
Perjudicial	3	7-10	.65
Dependiente	3	4-6	.57
Escala de Suicidalidad de Okasha	4	1-4	.87
Subescalas			
Ideación suicida	3	1-3	.90
Intento suicida	1	1	.90

Nota: α = Alpha de Cronbach

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) presentó en su escala total una consistencia interna de .92, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en su escala total presentó una consistencia

interna de .81, en las subescalas de consumo de riesgo de .67, consumo perjudicial .65 y consumo dependiente .57. La escala de suicidalidad de Okasha obtuvo en su escala total una consistencia interna de .87, en las subescalas de ideación suicida de .90 e intento suicida de .90; lo cual se consideran aceptables para el presente estudio (Polit & Beck, 2014).

Estadística descriptiva

A continuación, se presenta la estadística descriptiva del presente estudio.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	95	32.0
Femenino	202	68.0
Edad		
15	89	30.0
16	83	27.9
17	54	18.2
18 y mas	71	23.9
Año escolar		
1 ^{ero}	120	40.4
2 ^{do}	88	29.6
3 ^{ero}	89	30.0
Ocupación		
Solo estudia	257	86.5
Estudia y trabaja	40	13.5

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 297

En la tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes, en cuanto a sexo la mayor proporción fueron mujeres con un 68%, el resto fueron hombres (32%). De acuerdo a la edad los estudiantes de 15 años fueron los de mayor proporción (30%). Según el año escolar se obtuvo en mayor proporción los participantes que estudian el primer año con el 40.4%. Solamente el 13.5% de los participantes refirió que además de estudiar, tiene un trabajo remunerado.

Tabla 3

Frecuencias y proporciones de los síntomas depresivos

Síntomas Depresivos <i>n</i> =297	No presenta el síntoma		Presenta el síntoma levemente la menor parte del tiempo		Presenta el síntoma moderado la mayor parte del tiempo		Presenta el síntoma grave todo el tiempo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Tristeza	196	66.0	81	27.3	16	5.4	4	1.3
2. Pesimismo	180	60.6	86	29.0	23	7.7	8	2.7
3. Fracaso	164	55.2	69	23.2	43	14.5	21	7.1
4. Pérdida de placer	155	52.1	100	33.7	38	12.8	4	1.3
5. Sentimientos de culpa	80	26.9	180	60.6	32	10.8	5	1.7
6. Sentimientos de castigo	202	68.0	70	23.6	10	3.4	15	5.0
7. Disconformidad	155	52.2	70	23.6	43	14.5	29	9.8
8. Autocrítica	129	43.5	92	31.0	42	14.1	34	11.4
9. Pensamiento o deseo suicida	143	48.1	126	42.4	18	6.1	10	3.4
10. Llanto	138	46.4	67	22.6	46	15.5	46	15.5
11. Agitación	153	51.6	99	33.3	22	7.4	23	7.7
12. Pérdida de interés	119	40.1	132	44.4	32	10.8	14	4.7
13. Indecisión	133	44.8	99	33.3	32	10.8	33	11.1
14. Desvaloración	171	57.6	57	19.2	46	15.5	23	7.7
15. Pérdida de energía	88	29.6	141	47.5	49	16.5	19	6.4
16. Cambios en el hábito de sueño	55	18.5	135	45.5	82	27.6	25	8.4
17. Irritabilidad	147	49.5	98	33.0	33	11.1	19	6.4
18. Cambios en el apetito	97	32.3	127	42.8	53	17.8	21	7.1
19. Dificultad de concentración	95	32.0	110	37.0	83	27.9	9	3.1
20. Cansancio o fatiga	103	34.7	123	41.4	50	16.8	21	7.1
21. Pérdida de interés en el sexo	243	81.8	36	12.1	8	2.7	10	3.4

Nota: *f*= frecuencia, % porcentaje, *n*= total de observaciones

En la tabla 3 se muestran las frecuencias y proporciones de los síntomas depresivos observándose que los síntomas con mayor presencia grave todo el tiempo fueron el llanto (15.5%), la autocrítica (11.4%), indecisión (11.1%), disconformidad (9.8%) y cambios en el hábito de sueño (8.4%). Además, los síntomas con mayor presencia moderada la mayor parte del tiempo fueron dificultad de concentración

(27.9%), cambios en el hábito del sueño (27.6%), cambios en el apetito (17.8), pérdida de energía (16.5%), y cansancio y fatiga (16.8%). También los síntomas con mayor presencia leve fueron sentimientos de culpa (60.6%), pérdida de energía (47.5%), cambios en el hábito del sueño (45.5%) y pérdida de interés (44.4%).

Tabla 4

Frecuencias y proporciones de las preguntas acerca del consumo de riesgo del

Cuestionario AUDIT

Variable	<i>f</i>	%
1. Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas		
Una o menos veces al mes	169	84.0
De 2 a 4 veces al mes	27	13.0
De 2 a 3 veces a la semana	6	3.0
2. Bebidas que toma en un día típico		
1 o 2	78	38.8
3 o 4	50	24.8
5 o 6	31	15.4
7 a 9	25	12.4
10 o más	16	8.6
3. Frecuencia en que toma 6 o más bebidas por ocasión		
Nunca	118	58.7
Menos de una vez al mes	64	31.8
Mensualmente	12	6.0
Semanalmente	7	3.5
A diario o casi a diario	0	0.0

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 201

En la tabla 4 se describe la frecuencia y proporción de las preguntas 1-3 del cuestionario AUDIT acerca del consumo de riesgo, se observa que la mayor proporción (84%) consume una o menos veces al mes, consumen en un día típico de 1 a 2 bebidas (38.8%), además, el 8.6% consume 10 o más bebidas y con una frecuencia de menos de una vez al mes del 31.8%.

Tabla 5

Frecuencias y proporciones de las preguntas acerca del consumo perjudicial del

Cuestionario AUDIT

Variable	<i>f</i>	%
7. Frecuencia en que se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido		
Nunca	154	76.6
Menos de una vez al mes	39	19.4
Mensualmente	2	1.0
Semanalmente	3	1.5
A diario o casi a diario	3	1.5
8. Frecuencia en que olvido algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo		
Nunca	159	79.1
Menos de una vez al mes	33	16.4
Mensualmente	4	2.0
Semanalmente	0	0.0
A diario o casi a diario	5	2.5
9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?		
No	188	93.5
Sí, pero no en el último año	8	4.0
Sí, en último año	5	2.5
10. ¿Algún amigo, familiar o medico se ha preocupado por la forma en que bebe o le han sugerido que le baje?		
No	184	91.5
Sí, pero no en el último año	7	3.5
Sí, en último año	10	5.0

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 297

En la tabla 5 se describe la frecuencia y proporción de la preguntas 7 a 10 del Cuestionario AUDIT acerca del consumo perjudicial, se puede observar que la frecuencia en que se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido al menos una vez al mes fue de 19.4%, la frecuencia en que olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo al menos una vez al mes fue de 16.4%, el 4% se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol, pero no en

el último año y el 5% en el último año algún amigo, familiar o médico se ha preocupado por la forma en que bebe o le han sugerido que le baje.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones de las preguntas acerca del consumo dependiente del

Cuestionario AUDIT

Variable	<i>f</i>	%
4. Frecuencia en que no pudo parar de beber una vez que había empezado		
Nunca	156	77.6
Menos de una vez al mes	35	17.4
Mensualmente	4	2.0
Semanalmente	5	2.4
A diario o casi a diario	1	0.6
5. Frecuencia con que dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber		
Nunca	168	83.5
Menos de una vez al mes	29	14.5
Mensualmente	2	1.0
Semanalmente	1	0.5
A diario o casi a diario	1	0.5
6. Frecuencia con que bebió en la mañana siguiente después de haber bebió en exceso el día anterior		
Nunca	184	91.5
Menos de una vez al mes	16	8.9
Mensualmente	1	0.6
Semanalmente	0	0.0
A diario o casi a diario	0	0.0

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 297

En la tabla 6 se muestra la frecuencia y proporción de las preguntas 4 a 6 del Cuestionario AUDIT acerca del consumo dependiente, se observa que el 17.4% no pudo parar de beber una vez que había empezado al menos de una vez al mes, la frecuencia con que dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber al menos una vez al mes fue de 14.5% y la frecuencia con que bebió en la mañana siguiente después de haber bebió en exceso el día anterior, al menos una vez al mes fue de 8.9%.

Tabla 7

Frecuencias y proporciones de la Escala de Suicidalidad de Okasha

Variable	<i>f</i>	%
1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?		
Nunca	90	30.3
Casi nunca	88	29.6
Algunas veces	89	30.0
Muchas veces	30	10.1
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?		
Nunca	121	40.7
Casi nunca	82	27.6
Algunas veces	70	23.6
Muchas veces	24	8.1
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?		
Nunca	152	51.2
Casi nunca	66	22.2
Algunas veces	60	20.2
Muchas veces	19	6.4
4. ¿Has intentado suicidarte?		
Ningún intento	241	81.1
Un intento	39	13.1
Dos intentos	12	4.1
Tres o más intentos	5	1.7

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 297

En la tabla 7 se muestra la frecuencia y proporción de los reactivos de la escala de suicidalidad de Okasha. Se observa que el 30% ha pensado algunas veces y el 10.1% ha pensado muchas veces que la vida no vale la pena, el 23.6% ha deseado algunas veces y el 8.1% ha deseado muchas veces estar muerto, el 20.2% ha pensado alguna vez y el 6.4% ha pensado muchas veces terminar con tu vida y 13.1% ha intentado una vez suicidarse, el 4% ha intentado suicidarse dos veces y el 1.7% ha realizado tres o más intentos de suicidarse.

Estadística inferencial

A continuación, se presentan los resultados de la estadística inferencial que dio respuesta a los objetivos de la investigación.

Tabla 8

Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para variables continuas

Variables	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor min</i>	<i>Valor máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	297	16.87	17.00	1.70	15	25	.164	.001
Edad de inicio de consumo de alcohol	220	14.57	15.00	1.93	5	18	.176	.001
Número de bebidas consumidas en un día típico	297	3.31	2.00	4.0	0	25	.165	.001
Edad de inicio de consumo de tabaco	130	14.73	15.00	1.65	7	19	.174	.001
Número de cigarrillos fumados en un día típico	297	1.18	0.00	1.82	0	10	.208	.001
Índice BDI-II	297	26.07	22.22	18.31	0	87	.114	.001
Sumatoria BDI-II	297	18.36	16.00	11.44	0	55	.108	.001
Índice AUDIT	201	11.67	7.50	11.23	3	73	.164	.001
Sumatoria AUDIT	201	4.69	3.00	4.49	1	29	.206	.001
Índice consumo de riesgo	201	25.04	16.66	17.10	8	75	.181	.001
Sumatoria consumo de riesgo	201	3.02	2.00	2.08	1	9	.226	.001
Índice consumo dependiente	201	4.97	0.00	9.61	0	67	.317	.001
Sumatoria consumo dependiente	201	0.60	0.00	1.15	0	8	.369	.001
Índice consumo perjudicial	201	6.68	0.00	13.68	0	88	.339	.001
Sumatoria consumo perjudicial	201	1.06	0.69	2.17	0	14	.328	.001

Nota: *n*=total de la muestra (297), \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *DE* = desviación estándar, *D^a* =Estadístico de la prueba de normalidad, *p*=valor de p.

Tabla 8

Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para variables continuas (Continuación)

Variables	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>min</i>	Valor <i>máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Índice Escala de Suicidalidad de Okasha	297	36.34	33.33	26.36	0	100	.129	.001
Sumatoria Escala de Suicidalidad	297	3.84	3.00	3.07	0	12	.135	.001
Índice Ideación suicida	297	33.40	22.22	29.94	0	100	.103	.007
Sumatoria Ideación	297	3.52	3.00	2.64	0	9	.125	.001
Índice Intento de suicidio	297	8.75	0.00	20.46	0	100	.440	.001
Sumatoria Intento	297	0.32	0.00	0.67	0	3	.459	.001

Nota: n=total de observaciones (297), \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *DE* = desviación estándar, *D^a* =Estadístico de la prueba de normalidad, *p*=valor de p.

En la tabla 8 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors de las variables continuas, en los resultados obtenidos se observa que los participantes tienen en promedio 16.8 años de edad (*DE*=1.70). La media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 14.5 años (*DE*=1.93) y el número de bebidas consumidas en un día típico en los participantes fue en promedio de 3.3 bebidas (*DE*= 4.0). En cuanto al consumo de tabaco la media de edad de inicio de consumo fue de 14.7 años de edad (*DE*= 1.65) y el número de cigarrillos fumados en un día típico fue de 1.1 cigarrillos (*DE*= 1.82).

Respecto a los instrumentos, el índice total del BDI-II reportó una media de 26.0 (*DE*= 18.31), el AUDIT obtuvo una media de 11.6 (*DE*= 11.23), en sus subescalas el consumo de riesgo obtuvo una media de 25.0 (*DE*= 17.10), el consumo dependiente de 4.9 (*DE*= 9.61) y el perjudicial de 6.6 (*DE*= 13.68). Además, el índice total de la escala de suicidalidad de Okasha obtuvo una media de 36.3 (*DE*= 33.33), en ideación suicida

una media de 33.4 ($DE= 29.94$), por último, en intento de suicidio una media de 8.75 ($DE= 20.46$). Se observa además que las variables continuas no presentaron normalidad por lo que se decidió aplicar en la estadística inferencial pruebas no paramétricas.

Para dar respuesta al primer objetivo, el cual fue calcular las prevalencias del consumo de alcohol y tabaco de alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato, los resultados se presentan de la tabla 9 a la 14.

Tabla 9

Prevalencias del consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días

Prevalencias de consumo <i>n= 297</i>	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Alguna vez en la vida	221	74.4	76	25.6	69	79
En el último año	201	67.7	96	32.3	63	73
En el último mes	106	35.7	191	64.3	30	41
En los últimos siete días	51	17.2	246	82.8	13	21

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, IC= Intervalo de Confianza para respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Limite Superior, n= total de observaciones

En la tabla 9 se muestra las prevalencias de consumo de alcohol, se observa que el 74.4% (IC95% [69, 89]) de los participantes consumieron alcohol alguna vez en la vida, el 67.7% (IC95% [62, 73]) refirió haber consumido alcohol en el último año, el 35.7% (IC95% [30, 41]) realizó el consumo de alcohol en el último mes y el 17.2% (IC95% [13, 21]) consumió en los últimos siete días.

Tabla 10

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de alcohol por sexo

Prevalencias <i>n= 297</i>	Si		No		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Alguna vez en la vida						
Masculino	71	74.7	24	25.3	0.008	.930
Femenino	150	74.3	52	25.7		

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p= Valor de p, n= Total de observaciones

Tabla 10

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de alcohol por sexo (Continuación)

Prevalencias	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
En el último año						
Masculino	66	69.5	29	30.5	0.206	.650
Femenino	135	66.8	67	33.2		
En el último mes						
Masculino	35	36.8	60	63.2	0.081	.776
Femenino	71	35.1	131	64.9		
En los últimos siete días						
Masculino	20	21.1	75	78.9	1.479	.224
Femenino	31	15.3	171	84.7		

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p= Valor de p, n= 297

La tabla 10 muestra las prevalencias de consumo de alcohol por sexo, se observa que las proporciones de consumo son similares en ambos sexos por lo que no existen diferencias significativas de consumo de alcohol por sexo ($p > .05$).

Tabla 11

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de alcohol por edad

Prevalencias	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
Alguna vez en la vida						
15 años	61	68.5	28	31.5	19.87	.001
16 años	51	61.5	32	38.5		
17 años	46	85.2	8	14.8		
18 años y más	63	88.7	8	11.3		
En el último año						
15 años	52	58.4	37	41.6	21.60	.001
16 años	46	55.4	37	44.6		
17 años	44	81.5	10	18.5		
18 años y más	59	83.1	12	16.9		

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p=Valor de p, n= 297

Tabla 11

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de alcohol por edad (Continuación)

Prevalencias	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
En el último mes						
15 años	25	28.1	64	71.9	17.24	.001
16 años	20	24.1	63	75.9		
17 años	24	44.5	30	55.5		
18 años y más	37	52.2	34	47.8		
En los últimos siete días						
15 años	13	14.6	76	85.4	9.82	.020
16 años	8	9.6	75	90.4		
17 años	10	18.5	44	81.5		
18 años y más	20	28.2	51	71.8		

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p=Valor de p, n= 297

La tabla 11 muestra las prevalencias de consumo de alcohol por edad, se observan diferencias significativas en las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, último año, en el último mes y en los últimos siete días con mayor proporción de consumo en el grupo de edad de 18 años y más.

Tabla 12

Prevalencias del consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días

Prevalencias de consumo n= 297	Si		No		IC 95%	
	f	%	f	%	LI	LS
Alguna vez en la vida	130	44.1	166	55.9	38	50
En el último año	94	31.6	203	68.4	26	37
En el último mes	53	17.8	244	82.2	13	22
En los últimos siete días	41	13.8	256	86.2	10	18

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, IC= Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Limite Superior, n= total de observaciones

En la tabla 12 se muestra las prevalencias el consumo de tabaco, se observa que el 44.1% (IC95% [38, 50]) de los adolescentes consumieron tabaco alguna vez en la vida, el 31.6% (IC95% [26, 37]) refirieron haber consumido tabaco en el último año, el

17.8% (IC95% [13, 22]) realizaron el consumo de tabaco en el último mes y el 14.1% (IC95% [10, 18]) consumieron en los últimos siete días.

Tabla 13

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de tabaco por

sexo

Prevalencias <i>n</i> = 297	<i>Si</i>		<i>No</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Alguna vez en la vida						
Masculino	42	44.2	53	55.3	0.001	.980
Femenino	89	44.1	113	55.9		
En el último año						
Masculino	32	33.7	63	66.3	0.267	.605
Femenino	62	30.7	140	69.3		
En el último mes						
Masculino	22	23.2	73	76.8	2.689	.101
Femenino	31	15.4	171	84.6		
En los últimos siete días						
Masculino	15	15.8	80	84.2	0.462	.496
Femenino	26	12.9	176	87.1		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*= Valor de *p*, *n*= Total de observaciones

La tabla 13 muestra las prevalencias de consumo de tabaco por sexo. Se observa que las proporciones de consumo son similares en ambos sexos, por lo tanto, no existen diferencias significativas por sexo ($p > .05$).

Tabla 14

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de tabaco por

edad

Prevalencias	<i>Si</i>		<i>No</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Alguna vez en la vida						
15 años	38	42.7	51	57.3	4.296	.231
16 años	30	36.1	53	63.9		
17 años	28	51.8	26	48.2		
18 años y más	35	49.3	36	50.7		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*=Valor de *p*, *n*= 297

Tabla 14

Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para prevalencias del consumo de tabaco por edad

(Continuación)

Prevalencias	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
En el último año						
15 años	28	31.5	61	68.5	5.198	.158
16 años	20	24.1	63	75.9		
17 años	23	42.6	31	57.4		
18 años y más	23	32.4	48	67.6		
En el último mes						
15 años	18	20.2	71	79.8	5.457	.141
16 años	8	9.6	75	90.4		
17 años	11	20.4	43	79.6		
18 años y más	16	22.5	55	77.5		
En los últimos siete días						
15 años	10	11.2	79	88.8	6.284	.099
16 años	8	9.6	75	90.4		
17 años	7	13.0	47	87.0		
18 años y más	16	22.5	55	77.5		

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p=Valor de p, n= 297

La tabla 14 muestra las prevalencias de consumo de tabaco por edad. Se observa que las proporciones de consumo son similares por edad, por lo tanto, no existen diferencias significativas ($p > .05$).

Para dar respuesta al objetivo dos que planteo determinar los tipos de consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato. Los resultados, se presentan en las tablas 15 a la 20.

Tabla 15

Tipos de consumo de alcohol de los participantes

$n_1 = 201$	f	%	IC 95%	
			LI	LS
Consumo de riesgo	103	51.3	44.3	58.2
Consumo perjudicial	40	19.9	14.4	25.9
Consumo dependiente	58	28.8	22.9	35.8

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, IC= Intervalo de Confianza para el % de las respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Limite Superior, n_1 = Total de observaciones que consumieron alcohol en el último año

En la tabla 15 se muestran los tipos de consumo de alcohol, se observa que el 51.3% (IC95% [44.3, 58.2]) de los adolescentes presentaron consumo de riesgo, el 19.9% (IC95% [14.4, 25.9]) consumo perjudicial y el 28.8% (IC95% [22.9, 35.8]) consumo dependiente.

Tabla 16

Prueba U de Mann-Whitney para tipos de consumo de alcohol por sexo

<i>Tipos de consumo / Sexo</i> <i>n_i = 201</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Consumo de riesgo					
Masculino	27.7	25.0	17.6	4372.5	.806
Femenino	23.7	16.0	16.7		
Consumo perjudicial					
Masculino	6.1	0.0	14.3	4267.5	.484
Femenino	6.9	0.0	13.3		
Consumo dependiente					
Masculino	5.1	0.0	9.02	4350.0	.730
Femenino	4.6	0.0	9.92		

Nota: \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *U*= U de Mann-Whitney, *p*=Valor de p, *n_i*= Total de observaciones que consumieron alcohol en el último año

La tabla 16 muestra la prueba U de Mann-Whitney para el tipo de consumo de alcohol por sexo. Se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$) de los tipos de consumo de alcohol por sexo.

Tabla 17

Prueba H de Kruskal-Wallis para tipos de consumo de alcohol por edad

<i>Tipos de consumo de alcohol / Edad</i> <i>n_i = 201</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Consumo de riesgo					
15 años	18.9	16.6	13.1	11.885	.008
16 años	23.7	16.6	15.8		
17 años	25.7	16.6	17.5		
18 años y más	30.9	33.3	19.0		
Consumo perjudicial					
15 años	5.1	0.0	10.6	9.160	.027
16 años	6.9	0.0	13.8		
17 años	3.2	0.0	5.3		
18 años y más	8.7	0.0	16.9		

Nota: $n=201$, \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *H*= H de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p, *n_i*= Total de observaciones que consumieron alcohol en el último año

Tabla 17

*Prueba H de Kruskal-Wallis para tipos de consumo de alcohol por edad**(Continuación)*

<i>Tipos de consumo de alcohol / Edad</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<i>n₁= 201</i>					
Consumo dependiente					
15 años	3.0	0.0	5.7		
16 años	4.7	0.0	10.6	4.416	.220
17 años	5.4	0.0	8.4		
18 años y más	6.4	0.0	11.9		

Nota: n=201, \bar{X} =media, Mdn=mediana, DE=desviación estándar, H= H de Kruskal-Wallis, p=Valor de p, n₁= Total de observaciones que consumieron alcohol en el último año

La tabla 17 muestra el tipo de consumo de alcohol por edad. Se observa que a través de la prueba H de Kruskal-Wallis existe diferencia significativa ($H= 11.88, p < .05$) en el consumo de riesgo, con la media y mediana más alta en los adolescentes de 15 y 16 años de edad, también existe diferencia significativa en el consumo perjudicial ($H= 9.16, p < .05$) con la media más alta en la edad de 18 años y más. No se encontraron diferencias significativas del consumo dependiente por edad ($H= 4.41, p > .05$).

Tabla 18

Tipos de consumo de tabaco de los participantes

<i>n₂= 130</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Fumador diario	18	13.9	8.5	20.0
Fumador ocasional	58	44.6	36.2	53.1
Exfumador	54	41.5	33.1	50.0

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, IC= Intervalo de Confianza para el % de las respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Limite Superior, n₂= Total de observaciones que consumieron tabaco alguna vez en la vida

En la tabla 18 se muestra los tipos de consumo de tabaco, se observa que el 13.9% (IC95% [8.5, 20]) de los adolescentes son fumadores diarios, el 44.6% (IC95% [36.2, 53.1]) son fumadores ocasionales y el 41.5% (IC95% [33.1, 50]) son exfumadores.

Tabla 19

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para el tipo de consumo de tabaco por sexo

Tipos de consumo / Sexo <i>n</i> ₂ = 130	Si		No		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Fumador diario						
Masculino	6	14.3	36	85.7	0.01	.920
Femenino	12	13.6	76	86.4		
Fumador ocasional						
Masculino	25	59.5	17	40.5	5.58	.018
Femenino	33	37.5	55	62.5		
Exfumador						
Masculino	11	26.2	31	73.8	6.01	.014
Femenino	43	48.9	45	51.1		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*=Valor de *p*, *n*₂= Total de observaciones que consumieron tabaco alguna vez en la vida

La tabla 19 muestra el tipo de consumo de tabaco por sexo, se observa que existe diferencia significativa en el consumo ocasional ($\chi^2= 5.58$, $p< .05$), con mayor proporción de consumo en los hombres (59.5%) y en los exfumadores ($\chi^2= 6.01$, $p< .05$) con mayor proporción en las mujeres (48.9%). Por otro lado, no se observa diferencias significativas en el consumo diario ($p> .05$).

Tabla 20

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para tipos de consumo de tabaco por edad

Tipos de consumo / Sexo <i>n</i> ₂ = 130	Si		No		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Fumador diario						
15 años	2	5.4	35	94.6	6.71	.081
16 años	3	10.0	27	90.0		
17 años	4	14.3	24	85.7		
18 años y más	9	25.7	26	74.3		
Fumador ocasional						
15 años	20	54.1	17	45.9	4.57	.205
16 años	10	33.3	20	66.7		
17 años	15	53.6	13	46.4		
18 años y más	13	37.1	22	62.9		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*=Valor de *p*, *n*₂= Total de observaciones que consumieron tabaco alguna vez en la vida

Tabla 20

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para tipos de consumo de tabaco por edad (Continuación)

<i>Tipos de consumo / Sexo</i> <i>n₂= 130</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Exfumador						
15 años	15	40.5	22	59.5	4.13	.247
16 años	17	56.7	13	43.3		
17 años	9	32.1	19	67.9		
18 años y más	13	37.1	22	62.9		

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p=Valor de p, n₂= Total de observaciones que consumieron tabaco alguna vez en la vida

La tabla 20 muestra el tipo de consumo de tabaco por edad. Se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$) en el consumo diario, ocasional y exfumador.

Para dar respuesta al objetivo tres, sobre describir los síntomas depresivos con el consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato. Los resultados, se presentan en las tablas 21 a la 26.

Tabla 21

Síntomas depresivos de riesgo de los participantes

<i>Variable</i> <i>n= 297</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC95%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Síntomas depresivos de riesgo	94	31.6	203	68.4	26.3	37.7

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, IC= Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Limite Superior, n= Total de observaciones

En la tabla 21 se muestra los síntomas depresivos de riesgo. Se observa que el 31.6% (IC95% [26.3, 37.7]) de los adolescentes presentan síntomas depresivos de riesgo.

Tabla 22

Prueba U de Mann-Whitney para índice de síntomas depresivos por sexo

<i>n= 297</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
índice de síntomas depresivos					
Masculino	23.93	20.63	16.09	8864.0	.289
Femenino	27.09	22.22	19.23		

Nota: n=201, \bar{X} =media, Mdn=mediana, DE=desviación estándar, U= U de Mann-Whitney, p= Valor de p, n= Total de observaciones

En la tabla 22 se muestra la prueba U de Mann-Whitney para los síntomas depresivos por sexo. Se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$) por sexo.

Tabla 23

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de los síntomas depresivos por edad

$n = 297$	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
índice de síntomas depresivos					
15 años	24.04	19.05	18.31	4.991	.172
16 años	28.69	23.81	18.93		
17 años	28.31	23.81	18.28		
18 años y más	23.88	20.63	17.37		

Nota: n = total de observaciones, \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *H*= H de Kruskal-Wallis, *p*= Valor de p , n = Total de observaciones.

En la tabla 23 se muestra la prueba H de Kruskal-Wallis para los síntomas depresivos por edad. Se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$) por edad.

Tabla 24

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para los síntomas depresivos de riesgo en hombres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

$n_4 = 95$	<i>Síntomas depresivos de riesgo</i>				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Masculino						
Consumo de alcohol						
Si ($n=66$)	22	33.3	44	66.7	7.45	.006
No ($n= 29$)	2	6.9	27	93.1		
Consumo de tabaco						
Si ($n=32$)	11	34.4	21	65.6	2.12	.145
No ($n= 63$)	13	20.6	50	79.4		

Nota: f = frecuencia, $\%$ =porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p = Valor de p , n_4 = Total de observaciones de sexo masculino

En la tabla 24 se muestra los síntomas depresivos de riesgo en los hombres con el consumo y alcohol y tabaco en el último año. Se observa que existe diferencia significativa ($\chi^2 = 7.45, p < .05$) en los que presentan síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción (33.3%) en los hombres que consumen alcohol. Así mismo se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$) en los que presentan síntomas depresivos de riesgo con el consumo de tabaco.

Tabla 25

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para los síntomas depresivos de riesgo en mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

<i>n₅</i> = 202	Síntomas depresivos de riesgo				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Femenino						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =135)	51	37.8	48	71.6	1.75	.185
No (<i>n</i> = 67)	19	28.4	84	62.2		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =62)	28	45.2	34	54.8	4.36	.037
No (<i>n</i> = 140)	42	30.0	98	70.0		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*= Valor de *p*, *n₅*= total de observaciones de sexo femenino

En la tabla 25 se muestra los síntomas depresivos de riesgo en las mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año. Se observa que no existe diferencia significativa de la presencia de síntomas depresivos de riesgo con el consumo de alcohol ($p > .05$). Sin embargo, si se observa diferencia significativa ($\chi^2 = 4.36$, $p < .05$) en las mujeres que presentan síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción (45.2%) en las que consumen tabaco.

Tabla 26

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para los síntomas depresivos de riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

Edad/Consumo último año <i>n</i> = 297	Síntomas depresivos de riesgo				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
15 años						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =52)	20	38.5	32	61.5	6.66	.010
No (<i>n</i> = 37)	5	13.5	32	86.5		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =28)	12	42.9	16	57.1	4.41	.036
No (<i>n</i> = 61)	13	21.3	48	78.7		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*= Valor de *p*, *n*= total de observaciones

Tabla 26

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para los síntomas depresivos de riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año (Continuación)

Edad/Consumo último año <i>n</i> = 297	Síntomas depresivos de riesgo				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
16 años						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =46)	20	43.5	26	56.5	3.30	.069
No (<i>n</i> = 37)	9	24.3	28	75.7		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> = 20)	9	45.0	11	55.0	1.173	.279
No (<i>n</i> = 63)	20	31.7	43	68.3		
17 años						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =44)	18	40.9	26	59.1	.408	.523
No (<i>n</i> = 10)	3	30.0	7	70.0		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =23)	8	34.8	15	65.2	.284	.594
No (<i>n</i> = 31)	13	41.8	18	58.1		
18 años y más						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =59)	15	25.4	44	74.6	.318	.573
No (<i>n</i> = 12)	4	33.3	8	66.7		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =23)	10	43.5	13	56.5	4.85	.028
No (<i>n</i> = 48)	9	18.8	39	81.3		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*= Valor de *p*, *n*= total de observaciones

En la tabla 26 se muestra los síntomas depresivos de riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año. Se observa que existe diferencia significativa ($\chi^2= 6.66$, $p< .05$) en los adolescentes de 15 años de edad que presentan síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción (38.5%) en los que consumen alcohol, además, se observa que existe diferencia significativa ($\chi^2= 4.41$, $p< .05$) en los adolescentes de 15 años de edad que presentan síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción (42.9%) en los que consumen tabaco.

Así mismo se muestra que no existe diferencia significativa ($p> .05$) en los adolescentes de 16 y 17 años de edad que presentan síntomas depresivos de riesgo con el

consumo de alcohol o tabaco. También, se observa que en los adolescentes de 18 años y más no se encontró diferencia significativa ($p > .05$) en cuanto a síntomas depresivos de riesgo, con el consumo de alcohol, sin embargo, se muestra diferencia significativa ($\chi^2 = 4.85, p < .05$) en los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo con mayor proporción (43.5%) en los que consumen tabaco.

Para dar respuesta al objetivo cuatro, que planteo analizar la suicidalidad (ideación suicida e intento de suicidio) con el consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en los estudiantes de bachillerato, los resultados se presentan en las tablas 27 a la 38.

Tabla 27

Ideación suicida de riesgo de los participantes

Variable <i>n</i> = 297	<i>f</i>	%	IC 95%	
			LI	LS
Alto riesgo	93	31.3	26.3	36.7
Bajo riesgo	129	43.4	38.0	49.2
Sin ideación	75	25.3	20.2	30.3

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *IC*= Intervalo de Confianza para el % de las respuestas afirmativas, *LI*= Límite Inferior, *LS*= Límite Superior, *n*= Total de observaciones

En la tabla 27 se muestra ideación suicida de riesgo de los participantes. Se observa que el 31.3% (IC95% [26.3, 36.7]) de los adolescentes presenta ideación suicida de alto riesgo, el 43.4% (IC95% [38, 49.2]) presenta ideación suicida de bajo riesgo y el 25.3% (IC95% [20.2, 30.3]) no presenta ideación suicida.

Tabla 28

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de ideación suicida por sexo

<i>n</i> ₃ = 222	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
índice de ideación suicida					
Masculino	30.29	22.22	29.46	8760.5	.221
Femenino	34.87	33.33	30.13		

Nota: *n*=201, \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *U*= U de Mann-Whitney, *p*=Valor de *p*, *n*₃= Total de observaciones que afirmaron ideación suicida

En la tabla 28 se muestra la prueba U de Mann-Whitney para la ideación suicida de riesgo por sexo. Se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$).

Tabla 29

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de la ideación suicida por edad

$n_3 = 222$	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
índice de Ideación suicida					
15 años	30.84	22.22	30.04	11.260	.092
16 años	36.81	33.33	29.44		
17 años	42.18	33.33	31.96		
18 años y más	25.98	22.22	27.01		

Nota: n= total de observaciones, \bar{X} =media, Mdn=mediana, DE=desviación estándar, H= H de Kruskal-Wallis, p=Valor de p, n_3 = Total de observaciones que afirmaron ideación suicida

En la tabla 29 se muestra el índice de la ideación suicida por edad. Se observa que de acuerdo a la prueba H de Kruskal-Wallis no existe diferencia significativa.

Tabla 30

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para ideación suicida de alto riesgo en hombres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

Masculino $n_4 = 95$	Ideación suicida de alto riesgo				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Masculino						
Consumo de alcohol						
Si ($n=135$)	25	37.9	41	62.1	7.34	.001
No ($n= 67$)	3	10.3	26	89.7		
Consumo de tabaco						
Si ($n=62$)	16	50.0	16	50.0	9.78	.002
No ($n= 140$)	12	19.0	51	81.0		

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p=Valor de p, n_4 = Total de observaciones de sexo masculino

En la tabla 30 se muestra la ideación suicida de alto riesgo en hombres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año. Se observa que existe diferencia significativa ($\chi^2 = 7.45, p < .05$) en los que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción (33.3%) en los hombres que consumen alcohol. Así mismo se observa diferencia significativa ($\chi^2 = 9.78, p < .05$) en los que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción (50%) en los hombres que consumen tabaco

Tabla 31

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para ideación suicida de alto riesgo en mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

Femenino $n_5 = 202$	Ideación suicida de alto riesgo				χ^2	p
	Si		No			
	f	%	f	%		
Femenino						
Consumo de alcohol						
Si ($n=135$)	51	37.8	84	62.2	5.84	.016
No ($n= 67$)	14	20.9	53	79.1		
Consumo de tabaco						
Si ($n=62$)	28	45.2	34	54.8	6.90	.009
No ($n= 140$)	37	26.4	103	73.6		

Nota: f = frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p =Valor de p , n_5 = total de observaciones de sexo femenino

En la tabla 31 se muestra la ideación de alto riesgo en mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año. Se observa diferencia significativa ($\chi^2 = 5.84$, $p < .05$) en las que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción (37.8%) en las mujeres que consumen alcohol. Así mismo se observa diferencia significativa ($\chi^2 = 6.90$, $p < .05$) en las que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción (45.2%) en las mujeres que consumen tabaco.

Tabla 32

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para ideación suicida de alto riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

Edad/Consumo último año $n = 297$	Ideación suicida de alto riesgo				χ^2	p
	Si		No			
	f	%	f	%		
15 años						
Consumo de alcohol						
Si ($n=52$)	19	36.5	31	83.8	4.42	.036
No ($n= 37$)	6	16.2	33	63.5		
Consumo de tabaco						
Si ($n=28$)	14	50.0	14	50.0	9.70	.002
No ($n= 61$)	11	18.0	50	82.0		

Nota: f = frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p = Valor de p , n = total de observaciones

Tabla 32

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para ideación suicida de alto riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año (Continuación)

Edad/Consumo último año <i>n</i> = 297	Ideación suicida de alto riesgo				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
16 años						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =46)	18	39.1	28	60.9	2.92	.087
No (<i>n</i> = 37)	8	21.6	29	78.4		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> = 20)	8	40.0	12	60.0	0.92	.337
No (<i>n</i> = 63)	18	28.6	45	71.4		
17 años						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =44)	23	52.3	21	47.7	5.89	.015
No (<i>n</i> = 10)	1	10.0	9	90.0		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =23)	12	52.2	11	61.3	0.96	.325
No (<i>n</i> = 31)	12	38.7	19	47.8		
18 años y más						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =59)	16	27.1	43	72.9	0.57	.448
No (<i>n</i> = 12)	2	16.7	10	83.3		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =23)	10	43.5	13	56.5	5.90	.015
	8	16.7	40	83.3		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*= Valor de *p*, *n*= total de observaciones

En la tabla 32 se muestra la ideación suicida de alto riesgo por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año. Se observa que existe diferencia significativa ($\chi^2= 4.42$, $p< .05$) en los adolescentes de 15 años de edad que (36.5%) en los que consumen alcohol, además, se observa diferencia significativa ($\chi^2= 9.70$, $p< .05$) en los que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción (50%) en los que consumen tabaco Así mismo no existe diferencia significativa ($p> .05$) en los adolescentes de 16 que presentan ideación de alto riesgo con respecto al consumo de alcohol y tabaco.

En los adolescentes de 17 años de edad se encontró diferencia significativa ($\chi^2= 5.89, p< .05$), con mayor proporción (52.3%) en los que los que presentan ideación de alto riesgo y consumen alcohol, no obstante, no se encontró diferencias con el consumo de tabaco ($p> .05$). En los adolescentes de 18 años y mas no se encontró diferencia significativa ($p> .05$) de ideación suicida de alto riesgo y consumo de alcohol, sin embargo, existe diferencia significativa ($\chi^2= 5.90, p< .05$) en los adolescentes que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción (43.5%) en el consumo de tabaco.

Tabla 33

Intento de suicidio de los participantes

Variable <i>n</i> = 297	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Intento de suicidio	56	18.9	241	81.1	14.5	23.6

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *IC*= Intervalo de Confianza para el % de respuestas afirmativas, *LI*= Límite Inferior, *LS*= Limite Superior, *n*= total de observaciones

En la tabla 33 se muestra el intento de suicidio de los participantes del estudio. Se observa que el 18.9% (IC95% [14.5, 23.6]) de los adolescentes ha presentado intento de suicidio.

Tabla 34

Prueba U de Mann-Whitney para índice de intento suicida por sexo

<i>n</i> = 56	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
índice de intento suicida					
Masculino	8.74	0.0	19.54	9353.5	.607
Femenino	8.77	0.0	22.39		

Nota: *n*=201, \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *U*= U de Mann-Whitney, *p*=Valor de p.

En la tabla 34 se muestra la prueba U de Mann-Whitney para el intento de suicidio por sexo. Se observa que no existe diferencia significativa ($p> .05$) por sexo.

Tabla 35

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de intento de suicidio por edad

<i>n</i> = 56	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
índice Intento de suicidio					
15 años	7.87	0.00	22.48		
16 años	9.24	0.00	17.51	23.45	.005
17 años	16.05	0.00	28.03		
18 años y más	3.76	0.00	10.61		

Nota: *n*= total de observaciones, \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *H*= H de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p.

En la tabla 35 se muestra la prueba H de Kruskal-Wallis para el intento de suicidio por edad. Se observa que existe diferencia significativa ($H= 23.45, p < .05$) por edad, con medias más altas de intento de suicidio en los adolescentes de 17 años de edad.

Tabla 36

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para intento de suicidio en hombres con consumo de alcohol y tabaco en el último año

Masculino <i>n</i> ₄ = 95	<i>Intento de suicidio</i>				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =135)	16	24.2	50	75.8	8.45	.004
No (<i>n</i> = 67)	0	0.0	29	100.0		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =62)	8	25.0	55	75.0	2.29	.130
No (<i>n</i> = 140)	8	12.6	24	87.3		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*=Valor de p, *n*₄= Total de observaciones de sexo masculino

En la tabla 36 se muestra el intento de suicidio en hombres con el alcohol y tabaco en el último año. Se observa que existe diferencia significativa ($\chi^2= 7.34, p < .05$) en los que presentan intento de suicidio con mayor proporción (24.2%) en los que consumen de alcohol. Así mismo, no se observa diferencia significativa ($p > .05$) en el intento de suicidio en los que consumen tabaco.

Tabla 37

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para intento de suicidio en mujeres con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

Femenino $n_5 = 202$	Intento de suicidio				χ^2	p
	Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Femenino						
Consumo de alcohol						
Si ($n=135$)	29	21.5	106	78.5	0.72	.395
No ($n= 67$)	11	16.4	56	83.6		
Consumo de tabaco						
Si ($n=62$)	16	25.8	46	74.2	2.03	.154
No ($n= 140$)	24	17.1	116	82.9		

Nota: f = frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p =Valor de p , n_5 = total de observaciones de sexo femenino

En la tabla 37 se muestra el intento de suicidio en mujeres alcohol y tabaco en el último año. Se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$) en intento de suicidio con el consumo de alcohol y tabaco en las mujeres.

Tabla 38

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para intento de suicidio por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año

Edad/Consumo último año $n = 297$	Intento de suicidio				χ^2	p
	Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
15 años						
Consumo de alcohol						
Si ($n=52$)	10	19.2	42	80.8	3.54	.060
No ($n= 37$)	2	5.4	35	94.6		
Consumo de tabaco						
Si ($n=28$)	6	21.4	22	78.6	2.21	.137
No ($n= 61$)	6	9.8	55	90.2		

Nota: f = frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, p = Valor de p , n = total de observaciones

Tabla 38

Prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) para intento de suicidio por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año (Continuación)

Edad/Consumo último año <i>n</i> = 297	<i>Intento de suicidio</i>				χ^2	<i>p</i>
	<i>Si</i>		<i>No</i>			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
16 años						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =46)	13	28.2	33	71.7	0.97	.323
No (<i>n</i> = 37)	7	18.9	30	81.1		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> = 20)	5	25.0	15	75.0	0.01	.914
No (<i>n</i> = 63)	15	23.8	48	76.2		
17 años						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =44)	15	34.1	29	65.9	2.26	.132
No (<i>n</i> = 10)	1	10.0	9	90.0		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =23)	7	30.4	16	69.6	0.01	.911
No (<i>n</i> = 31)	9	29.0	22	71.0		
18 años y más						
Consumo de alcohol						
Si (<i>n</i> =59)	7	11.8	52	88.1	0.12	.724
No (<i>n</i> = 12)	1	8.3	11	91.7		
Consumo de tabaco						
Si (<i>n</i> =23)	6	26.0	17	73.9	7.47	.006
No (<i>n</i> = 48)	2	4.1	46	95.8		

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, *p*= Valor de *p*, *n*= total de observaciones

En la tabla 38 se muestra el intento de suicidio por edad con el consumo de alcohol y tabaco en el último año. Se observa que no existe diferencia significativa ($p > .05$) de intento de suicidio con el consumo alcohol y consumo de tabaco en los adolescentes de 15, 16 y 17 años de edad. Además, en los de 18 años y más, no existe diferencia significativa ($p > .05$) en intento de suicidio con el consumo de alcohol, no obstante, si existe diferencia significativa ($\chi^2 = 7.47$, $p < .05$) en el intento de suicidio con el consumo de tabaco.

Para dar respuesta al objetivo cinco el cual fue determinar la relación de síntomas depresivos, suicidalidad y tipos de consumo de alcohol y número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico en estudiantes de bachillerato. El resultado se presenta a continuación en la tabla 39.

Tabla 39

Coefficiente de correlación de Spearman síntomas depresivos, suicidalidad (ideación e intentos) y tipos de consumo de alcohol y consumo de alcohol y tabaco en un día típico

		Índice de Idea	Índice de Intento	AUDI T	Riesgo	Perjudicial.	Dependiente.	Consumo día típico Alcohol	Consumo día típico Tabaco
Síntomas depresivos	r_s	.739**	.434**	.313**	.264**	.271**	.279**	.306**	.295**
	p	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Índice de Ideación	r_s		.522**	.263**	.165*	.252**	.307**	.270**	.335**
	p		.001	.001	.019	.001	.001	.001	.001
Índice de Intento	r_s			.214**	.128	.225**	.206**	.146*	.155**
	p			.002	.070	.001	.003	.012	.007

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, r_s = Coeficiente de correlación de Spearman; p = valor de p ; * p < .05; ** p < .001

En la tabla 39 se muestran las correlaciones entre los síntomas depresivos, ideación suicida, intento suicida, consumo de alcohol y tabaco. Se observa que el índice de los síntomas depresivos se relacionó de forma positiva y significativa con el índice de ideación suicida ($r_s = .739$, $p = .001$), de igual forma con el índice de intento de suicidio ($r_s = .434$, $p = .001$), con el índice de AUDIT ($r_s = .313$, $p = .001$), con índice de consumo de riesgo ($r_s = .264$, $p = .001$), con índice de consumo perjudicial ($r_s = .271$, $p = .001$), con índice de consumo dependiente ($r_s = .279$, $p = .001$) y con el número de bebidas ($r_s = .306$, $p = .001$) y cigarrillos ($r_s = .295$, $p = .001$) consumidos en un día típico lo que indica que, a mayores síntomas depresivos, mayor ideación suicida, intentos de suicidio, mayor consumo de alcohol y más alto número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico.

Además, se observa que el índice de ideación suicida se relacionó de forma positiva y significativa con el índice de intento de suicidio ($r_s = .522$, $p = .001$), con el

índice de AUDIT ($r_s = .263, p = .001$), con índice de consumo de riesgo ($r_s = .165, p = .001$), con índice de consumo perjudicial ($r_s = .252, p = .001$), con índice de consumo dependiente ($r_s = .307, p = .001$), con el número de bebidas ($r_s = .270, p = .001$) y cigarrillos ($r_s = .335, p = .001$) consumidos en un día típico lo que indica que, a mayor ideación suicida, mayores intentos de suicidio, mayor consumo de alcohol y más alto número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico.

Así mismo se observa que el índice de intento de suicidio se relacionó de forma positiva y significativa con el índice de AUDIT ($r_s = .214, p = .001$), con índice de consumo perjudicial ($r_s = .225, p = .001$), con índice de consumo dependiente ($r_s = .206, p = .003$) y con el número de bebidas ($r_s = .146, p = .012$) y cigarrillos ($r_s = .155, p = .007$) consumidos en un día típico lo que indica que, a mayor intentos de suicidio, mayor consumo de alcohol y más alto número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico.

Para dar respuesta al objetivo seis el cual fue determinar la asociación de síntomas depresivos y suicidalidad en los estudiantes de bachillerato que consumen y no consumen alcohol y tabaco. Los resultados se presentan de la tabla 40 a la 42.

Tabla 40

Odds ratio en los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento de suicidio sobre los que consumen y no consumen alcohol (prevalencias de consumo en el último año)

(n= 297)	Consumo de alcohol				OR	IC
	Si (n= 201)		No (n=96)			
	f	%	f	%		
Síntomas depresivos	73	36.3	21	21.9	2.03	1.16 – 3.57
Ideación suicida	76	46.3	17	22.9	2.82	1.55 – 5.13
Intento de suicidio	46	22.4	11	11.5	2.22	1.09 – 4.53

Nota: %=porcentaje, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, n= total de observaciones

En la tabla 40 se muestran los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento de suicidio sobre los que consumen y no consumen alcohol en el último año. Se observa que los consumidores de alcohol tienen

más probabilidades de experimentar síntomas depresivos de riesgo ($OR= 2.03$, $IC_{95\%}$ [1.16, 3.57]), ideación suicida de alto riesgo ($OR= 2.82$, $IC_{95\%}$ [1.55, 5.13]) e intento suicida ($OR= 2.22$, $IC_{95\%}$ [1.09, 4.53]) que aquellos que no consumían.

Tabla 41

Odds ratio en los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento de suicidio sobre los que consumen y no consumen tabaco (prevalencias de consumo en el último año)

(n= 297)	Consumo de tabaco				OR	IC
	Si (n= 94)%		No (n= 203)%			
	f	%	f	%		
Síntomas depresivos	39	41.5	55	27.1	1.90	1.14 – 3.19
Ideación suicida	44	46.8	49	24.1	2.76	1.64 – 4.63
Intento de suicidio	24	25.5	32	15.8	1.83	1.00 – 3.33

Nota: %=porcentaje, *OR*= Odds ratio, *IC*= Intervalo de Confianza, *n*= total de observaciones

En la tabla 41 se muestran los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento de suicidio sobre los que consumen y no consumen tabaco en el último año. Se observa que los consumidores de tabaco tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos de riesgo ($OR= 1.90$, $IC_{95\%}$ [1.14, 3.19]), ideación suicida de alto riesgo ($OR= 2.76$, $IC_{95\%}$ [1.64, 4.63]) e intento suicida ($OR= 1.83$, $IC_{95\%}$ [1.00, 3.33]) que aquellos que no consumían.

Tabla 42

Modelo de regresión logística para los síntomas depresivos de riesgo y consumo de alcohol y tabaco (en el último año) sobre la ideación suicida (alto y bajo riesgo)

n=297	β	E.E.	Wald	gl	p	OR	IC
Síntomas depresivos	2.69	.449	9.3	1	.001	14.81	4.42 – 49.55
Consumo de alcohol	1.16	.316	13.5	1	.001	3.20	1.72 – 5.94
Consumo de tabaco	1.37	.616	19.1	1	.002	3.95	1.63 – 9.52
Constante	-.368	.234	2.4	1	.116	0.69	
Modelo		$\chi^2= 80.57$, $gl= 3$, $R^2=.22$ $p= .001$					

Nota: *n*= total de observaciones, β = beta, *EE*= Error estándar, *gl*= Grados de libertad, *OR*= odds ratio *p*= Valor de p, *IC*= Intervalo de confianza, χ^2 = Chi Cuadrado de Pearson, R^2 = Coeficiente de determinación

En la Tabla 42 se muestran los resultados del modelo de regresión logística definido para la probabilidad de ocurrencia del evento ideación suicida. La presencia de síntomas depresivos ($OR= 14.81$, IC [4.42, 49.55]) y la existencia de consumo de alcohol ($OR= 3.20$, IC95% [1.72, 5.94]) y tabaco ($OR= 3.95$, IC95% [1.63, 9.52]) tuvieron una capacidad predictiva sobre la ideación suicida ($\chi^2= 80.57$, $gl= 3$ $R^2=22\%$, $p<.001$).

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio permitió abordar los conceptos síntomas depresivos (Beck et al., 1961), consumo de alcohol y consumo de tabaco (Babor et al., 2001; INPRFM et al., 2015a; INPRFM et al., 2015b), y suicidalidad (Beck et al., 1979). El estudio se realizó en 297 estudiantes de bachillerato de una preparatoria pública del Estado de Nuevo León.

En relación con las características demográficas de los participantes, se reportó una media de edad de 16.8 años ($DE= 1.7$), la proporción mayor de estudiantes fue de 15 años de edad representando el 30% del total de los participantes, esto es similar a las estadísticas de la literatura con población que estudian bachillerato en México (2015) donde reportaron lo equivalente al 22% de estudiantes en la edad de 15 años (Rivera-Rivera et al., 2015). La posible explicación para la edad es debido a que es la edad promedio de nuevo ingreso al bachillerato y donde se calcula que aproximadamente 250 mil adolescentes ingresan al primer semestre (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2019).

Respecto al sexo, las mujeres fueron las de mayor proporción (68%). Esto coincide con las proporciones de estudios con población de estudiantes de bachillerato en México (Cubillas et al., 2012; Rivera-Rivera et al., 2015). La mayor proporción de mujeres en el bachillerato puede ser explicada ya que en México es mayor la población de mujeres frente a los hombres (51.3% mujeres y 48.7% hombres) y se busca que tanto hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades para acceder a la educación en México (SEP, 2019).

Respecto al año escolar, se observó mayor proporción de estudiantes de primer año escolar (40.4%), esto probablemente podría deberse a que los aspirantes están aprovechando las oportunidades que otorgan las becas además de al alto nivel de deserción posterior al primer año de escolaridad de bachillerato en México, lo cual es

causado por múltiples factores (Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE], 2017; Observatorio de la Juventud en Iberoamérica [OJI], 2019). Se observa también que, el 86.5% de los participantes estudia, cifra superior al 63.5% observado en un estudio en jóvenes de 15 a 18 años (Cruz-Piñeiro et al., 2017), por el otro lado la cifra coincide con el 84% que reportada la Encuesta Nacional de Juventud (OJI, 2019). La cifra de adolescentes en el presente estudio que solo estudia puede indicar que la mayoría de los adolescentes pueden mantener una estabilidad económica que le permite enfocarse solamente en el estudio.

Se identificó que los participantes iniciaron el consumo de alcohol en promedio a los 14.5 años ($DE= 1.93$), esta edad se encuentra por debajo de los datos reportados por la ENCODAT que indica en el 2017 fue de 17.9 años de edad. Así mismo en otros estudios se ha reportado que la edad de inicio del consumo de alcohol fue de 16.6 años (Telumbre-Terrero et al., 2016) y 13.7 años (López-Cisneros et al., 2016). En cuanto al consumo de tabaco, se identificó que los participantes iniciaron el consumo de tabaco en promedio a los 14.7 años ($DE= 1.65$) esta edad se encuentra por debajo de los datos reportados por la ENCODAT que indica en el 2017 fue de 19.3 años de edad.

Así mismo, en otros estudios se ha reportado que la edad de inicio del consumo de tabaco fue de 16.2 años (Telumbre-Terrero et al., 2016) y 14 años (López-Cisneros et al., 2016). La edad de inicio de este estudio puede indicar que con el pasar del tiempo se inicia el consumo de alcohol y tabaco en edades cada vez más tempranas. Además, confirma que los adolescentes están copiando los modelos de altos niveles de consumo de los adultos convirtiéndose esto en un problema para el desarrollo saludable del adolescente (De Avila-Arroyo et al., 2019).

En relación con primer objetivo que fue calcular las prevalencias del consumo de alcohol y tabaco de alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días por sexo y edad en adolescentes de bachillerato. Se observó que el

74.4% de los adolescentes habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 67.7% en el último año, el 35.7% en el último mes y el 17.2% en los últimos siete días.

Estos resultados son similares a los reportados por López-Cisneros et al. (2016) y Telumbre-Terrero et al. (2016), quienes indican que las prevalencias del consumo de alcohol han sido entre 73.6% y 89.9% alguna vez en la vida, 64.8% y 72.2% en el último año, 39.6% y 53% en el último mes y entre 19% y 33.7% en los últimos siete días. Las prevalencias de presente estudio pueden ser explicadas por las características de la adolescencia como búsqueda de sensaciones nuevas y búsqueda de aceptación de los pares, estas características le otorgan al adolescente una percepción distorsionada de seguridad y confianza, también cabe la posibilidad de que al ser de Monterrey una ciudad industrializada donde se produce la cerveza y, existen reuniones constantes con familiares y amigos el consumo es socialmente aceptado, además cuando la edad de inicio es en edades tempranas, posiblemente puede estar asociada con consumos regulares posteriores e incrementar el riesgo de desarrollar otros trastornos por consumo de sustancias o una dependencia (Bousoño et al., 2017).

Por sexo, las prevalencias del consumo de alcohol no mostraron diferencia significativa. Estos resultados difieren a los reportados por Armendáriz et al. (2012), Bousoño et al., (2017) y por Wang y Yen (2017) quienes encontraron diferencia por sexo en las prevalencias de consumo de alcohol con mayores proporciones en el sexo masculino. El no encontrar diferencia por sexo puede explicarse con la teoría de normalización donde se supone que las altas tasas de prevalencia del consumo de alcohol en hombres y mujeres están asociadas con la percepción de que el alcohol ha sido aceptado social y culturalmente por la población en general y, por lo tanto, se han integrado culturalmente en una sociedad.

Lo anterior quiere decir que las mujeres observan el consumo en hombres e intentan igualar el mismo consumo creyendo que es normal, la cantidad y la frecuencia con la que consumen, además, existen las políticas de género donde se establece que

hombres y mujeres deben ser iguales, sin embargo, esto se ve distorsionado y se intenta igualar algunas conductas de riesgo como es el consumo de alcohol (Haskuka et al., 2017).

Por edad, las prevalencias de consumo de alcohol mostraron diferencias significativas. Estos resultados concuerdan con los resultados que reportan López-Maldonado et al. (2011) y con Armendáriz et al. (2012) quien solo observo diferencias por edad a los 16 años en la prevalencia de consumo en los últimos siete días. El hecho de encontrar mayor proporción en los de 18 años y más se puede explicar ya que los 18 años es edad legal para consumir, el cual se ve como una oportunidad de consumir en exceso, además de que se encuentran en una edad donde pueden sustentarse económicamente y pueden adquirir más alcohol para satisfacerse. Otra explicación sería con la edad de inicio de consumo de alcohol, debido a que si el consumo comienza a una edad temprana es muy probable que el consumo de alcohol continúe en la adolescencia tardía y luego en la adultez, todo esto relacionado a el grado de dependencia que se adquiere conforme más se consuma (Pérez-Vázquez et al., 2018).

En cuanto al consumo de tabaco se observa que el 44.1% de los adolescentes encuestados habían consumido tabaco alguna vez en la vida, el 31.6% en el último año, el 17.8% en el último mes y el 14.1% consumió en los últimos siete días. Estos resultados coinciden a los reportados por la ENCODE (2014), López-Cisneros et al. (2016) y Telumbre-Terrero et al. (2016), quienes indican que las prevalencias del consumo de tabaco han sido entre 30.5% y 56% alguna vez en la vida, 19.3% y 41.6% en el último año, 12.5% y 30.7% en el último mes y entre 7.3% y 23.5% en los últimos siete días (Pérez-Vázquez et al., 2018). Las prevalencias en el presente estudio pueden explicarse con las características propias de la adolescencia como la búsqueda de aceptación de los pares y búsqueda de nuevas sensaciones, además de la imagen de aceptación que dan algunos medios [cine, televisión, entre otros] (Hughes, 2008).

Por sexo, las prevalencias del consumo de tabaco no mostraron diferencia significativa. Estos resultados difieren a los reportados por Armendáriz et al. (2012), Bousoño et al. (2017) y por Wang y Yen (2017) quienes encontraron diferencia por sexo en las prevalencias de consumo de alcohol con mayores proporciones en el sexo masculino. El hecho de no encontrar diferencia podría explicarse con la teoría de normalización donde se supone que las altas tasas de prevalencia del uso de tabaco en hombres y mujeres están asociadas con la percepción de que el tabaco ha sido aceptado social y culturalmente por la población en general y, por lo tanto, consideran que los hombres y mujeres pueden fumar lo mismo (Haskuka et al., 2017).

Por edad, las prevalencias de consumo de tabaco no mostraron diferencias significativas. Estos datos difieren con los resultados de consumo en el último año que reportan López-Maldonado et al. (2011) y Nuño-Gutiérrez et al. (2015), quien solo encontró las proporciones por edad 16 años en la prevalencia de consumo en el último mes. El hecho de no encontrar diferencias permite hacer la suposición que los menores de edad tratan de imitar la frecuencia y cantidad de tabaco que consumen los adolescentes de 18 años y más o de algún familiar o padre fumador (Nuño-Gutiérrez et al., 2015). Otra explicación puede ser por la edad de inicio de consumo debido a que si el consumo de tabaco comienza a una edad temprana es muy probable que el consumo continúe en la adolescencia tardía y luego en la adultez, relacionado a el grado de dependencia que se adquiere conforme más se consuma (Pérez-Vázquez et al., 2018).

En cuanto al objetivo dos que planteo determinar los tipos de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de bachillerato por sexo y edad. Se observa que el 51.3% de los adolescentes presentan consumo de riesgo, el 19.9% consumo perjudicial y el 28.8% presentan consumo dependiente. Esto coincide con lo reportado por López-Cisneros et al. (2016) y Méndez-Ruiz et al. (2018) quienes indican que las proporciones de los tipos de consumo de alcohol han sido entre 47% y 52.7% el consumo de riesgo, el 6% y 30.7% consumo perjudicial y entre .4% y 22.3% consumo dependiente.

Por lo que las proporciones en los tipos de consumo encontradas en el presente estudio describen que la población adolescente es cada vez más vulnerable a desarrollar graves problemas por el consumo de alcohol. Esto puede deberse a cierta vulnerabilidad previa del estudiante ante ciertos factores (factores genéticos, rasgos de personalidad, situaciones sociales y familiares complicadas, malestares psicológicos y permisividad del consumo entre otros). Así mismo, las personas que desarrollan un consumo dependiente o perjudicial muy probablemente iniciaron el consumo a una edad temprana, esto es probablemente porque el adolescente utiliza el alcohol para socializar, celebrar y relajarse, sin embargo, consumir además de ser ilegal en menores de 18 años, también puede estar relacionado a que tengan un pobre sentido de la saciedad lo que puede llevar a experimentar un consumo riesgoso para su edad (Pérez-Vázquez et al., 2018).

Por sexo, se observa que no existe diferencia significativa entre los tipos de consumo de alcohol. Estos resultados coinciden con Tegoma-Ruiz y Cortaza-Ramírez (2016) y Méndez-Ruiz et al. (2018) los cuales no encontraron diferencia significativa por sexo. Por lo que en el presente estudio el hecho de no encontrar diferencias puede estar asociado al aumento del consumo en las mujeres con respecto a los hombres, el cual puede ser explicado, a factores de índole económica, al percibir mayores ingresos y tener más acceso a la bebida, así mismo por factores relacionados con la igualdad de género vinculada al nivel educativo, lo que les permite exigir el respeto a sus derechos de tomar cualquier decisión sobre sus conductas (Alonso et al., 2008).

Esto es alarmante debido a que cualquiera que sea el nivel de consumo de alcohol, las mujeres presentan un riesgo superior, debido a que las mujeres metabolizan el alcohol de forma diferente que los hombres, situación que ocasiona una mayor concentración de alcohol en la sangre aun cuando ingieren la misma cantidad que los hombres (OMS, 2008).

Por edad, se observa que existe diferencia significativa en el consumo de riesgo con mayor proporción a los 15 años y en el consumo perjudicial con mayor proporción a los 18 años y más, esto puede explicarse debido a que los adolescentes experimentan una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen de esta etapa un periodo de inestabilidad donde los tratan de autodefinirse y buscar su rol en la sociedad debido a que esta sustancia está muy relacionada con el ocio recreativo y la socialización, también la influencia de los medios de comunicación y la falta de control en la legislación sobre la comercialización de las bebidas alcohólicas son factores que pudieran estar vinculados al consumo entre las edades de los adolescentes (Pérez-Vázquez et al., 2018).

Respecto al tipo de consumo de tabaco, se observa que el 13.9% de los adolescentes son fumadores diarios, el 44.6% son fumadores ocasionales y el 41.5% son exfumadores. Estos datos son superiores a los reportados por la ENCODAT (2017) y López-Cisneros et al. (2016), los cuales mencionan que entre el .5% y 12.9% son fumadores diarios, entre 4.4% y 49.1% son fumadores ocasionales y entre 4.6% y 36.6% son exfumadores; esto se puede explicar con las características propias de la adolescencia como búsqueda de sensaciones nuevas, búsqueda de aceptación de los pares, búsqueda de su rol en la sociedad, dificultad en la toma de decisiones y la falta de control en la legislación sobre la comercialización de los cigarrillos. Estas características pueden explicar que el adolescente busca cada vez más la aceptación de la sociedad y el reforzamiento positivo o efecto estimulante que le genera el consumo de tabaco. Además, se observa que la mayor proporción de los fumadores son ocasionales esto quiere decir que los fumadores ven su consumo condicionado a ciertos factores ya sea sociales, afectivos y/o psicológicos (Hughes, 2008).

Por sexo, se encontró diferencia significativa en el consumo ocasional, con mayor proporción de consumo en los hombres y en los exfumadores con mayor proporción en las mujeres. La literatura menciona que los hombres y las mujeres difieren

en su comportamiento tabáquico, es decir, que las mujeres fuman menos cigarrillos por día que los hombres, tienden a usar cigarrillos con un contenido menor de nicotina, no fuman el cigarrillo completo y no inhalan tan profundamente como los hombres (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010). Esto puede explicar porque las mujeres son la mayoría en exfumadores ya que al tener una práctica de consumo moderada pueden dejar de fumar más fácilmente.

Así mismo en el consumo ocasional, se puede explicar la mayor proporción en hombres ya que, al ser estos los que consumen el tabaco de forma grave, pueden generar la adicción más rápidamente y requieren fumar cada vez más veces. El hecho de no encontrar diferencias por sexo en el fumador diario podría decirse que al estar expuesto a la misma cantidad de nicotina y fumar diariamente no genera diferencias en hombres y mujeres.

Por edad, se observa que no existe diferencia significativa en el consumo diario, ocasional y exfumador. Esto posiblemente se deba a que los adolescentes de etapa temprana intentan imitar el consumo de los adolescentes mayores o familiares adultos, ya que generalmente se consume en convivencia y buscan ser aceptados por sus superiores. Este resultado puede ser explicado ya que el consumo del tabaco en adolescentes no sólo es el resultado de las influencias psicosociales, como presión por parte de los compañeros o amigos, sino que también la literatura sugiere que puede haber razones biológicas (la nicotina se propaga rápidamente por todo el cuerpo causando una sensación placentera y distrae al consumidor de sensaciones desagradables) para este periodo de mayor vulnerabilidad.

Hay algunas pruebas de que fumar ocasionalmente puede provocar en algunos adolescentes el desarrollo de la adicción al tabaco (NIDA, 2010). Así mismo se puede pensar que esta población de estudio, iniciaron un consumo experimental desde antes de los 15 años de edad y en los años subsiguientes lo han mantenido de manera ocasional lo que permite explicar este tipo de consumo en los participantes de este estudio, debido a

que si no se detiene podría tener el riesgo de convertirse en fumadores diarios y con problema de dependencia (Hughes, 2008).

En cuanto al objetivo tres, sobre describir los síntomas depresivos con el consumo de alcohol y tabaco por sexo y edad en adolescentes de bachillerato. Se observa que el 31.6% de los participantes presentan síntomas depresivos de riesgo. Estos datos son superiores a los reportados por García et al. (2016) y Rivera-Rivera et al. (2015) quienes reportaron entre el 13.3% y 26.6% respectivamente. Lo reportado en este estudio es alarmante ya que reafirma que la población adolescente como un grupo vulnerable a la depresión y a sus repercusiones psicológicas, sociales y físicas.

La literatura menciona que el estrés, el uso de alcohol y tabaco y los cambios hormonales pueden afectar a la química cerebral y al estado de ánimo, además otros factores es presentar alguna enfermedad crónica o debilitante, todos estos factores pueden estar asociados debido a que activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. Esta percepción negativa guía a la persona a manifestar síntomas depresivos (Beck et al., 1961).

Por sexo, se encontró que no existe diferencia significativa. Estos resultados difieren de lo reportado por Bousoño et al. (2017) y Rivera-Rivera et al. (2015), reportando mayor proporción en mujeres. El no encontrar diferencia por sexo en este estudio posiblemente se deba a que la depresión puede afectar tanto a los hombres como a las mujeres, sin embargo, es la manera en que los hombres la expresan lo que probablemente lo hace diferente. Los hombres con depresión ocultan sus emociones y pueden expresarlo con síntomas como enojo, irritabilidad o agresividad, mientras que muchas mujeres la expresan con síntomas como tristeza o llanto (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2018).

Por edad, no se encontró diferencia significativa. El no encontrar diferencias posiblemente se deba a que el adolescentes se encuentra en una etapa donde puede que

tenga dificultad para manejar sus emociones y esta no depende de la edad por si misma si no que está asociada a la madurez psicológica, además los síntomas depresivos pueden ser independientes de la edad, ya que en todo momento los eventos estresantes como rechazo social, fracaso académico o bullying pueden afectar al adolescentes e influya en agravar los síntomas depresivos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2018).

En cuanto a los síntomas depresivos de riesgo con el consumo de alcohol y tabaco en hombres y mujeres, se observa que en los hombres hay diferencia en cuanto a los que experimentan síntomas depresivos de riesgo y consumen alcohol siendo los de mayor proporción los que consumen (33.3%), esto es similar a los reportado por Rivera-Rivera et al. (2015) el cual menciona que hay diferencias de síntomas con el consumo con mayor proporción en los que consumen. Así mismo, en las mujeres se observaron diferencias en cuanto a los que experimentan síntomas depresivos de riesgo y consumen tabaco siendo los de mayor proporción los que consumen (45.2%) este dato es superior a los reportado por Rivera-Rivera et al. (2015) el cual reporta que el 20% presenta síntomas depresivos y consume tabaco. La posible explicación es que el alcohol y tabaco son utilizados por los adolescentes para afrontar los síntomas depresivos; pero es diferente la forma en que buscan el efecto ya que los hombres buscan más un efecto relajante con el alcohol y las mujeres buscan más un efecto estimulante con el tabaco (National Institute on Drug Abuse, 2014).

Los efectos de la nicotina sobre el organismo pueden ser placer, excitación, alivio de la ansiedad, intensificación de la actitud de vigilancia y mejoría en el rendimiento de las tareas; reducción del hambre y peso corporal. Así mismo los efectos del etanol pueden ser euforia, relajación, sedación, disminución de los reflejos y somnolencia; estos efectos a nivel mesolímbico aumentan las sensaciones placenteras que ocasiona un refuerzo positivo del consumo de estas sustancias [deseo por volver a consumir y adicción] (Pérez, 1995).

En cuanto a los síntomas depresivos de riesgo con el consumo de alcohol y tabaco por edad, se encontró diferencia significativa en los adolescentes con mayor proporción en los de 15 años de edad que presentan síntomas depresivos de riesgo y consumen alcohol y tabaco, caso contrario a los 16 y 17 años de edad donde no se encontraron diferencias de consumo de alcohol y tabaco con respecto a los que presentan síntomas depresivos de riesgo. En el caso de 18 años y más solamente se encontró diferencia significativa en mayor proporción en los que presentan síntomas depresivos de riesgo y consumen tabaco. Sin embargo, cabe destacar que en todas las edades es mayor la proporción de los adolescentes que presentan síntomas depresivos de riesgo y consumen alcohol o tabaco.

Los resultados del estudio reafirman la vulnerabilidad de los adolescentes de 15 años de edad a presentar síntomas depresivos de riesgo, a comparación del resto de las edades de los participantes; ya que esto puede deberse a que, esta edad temprana puede caracterizarse por la incapacidad o la falta de recursos o estrategias de afrontamiento positivas para poder sobrellevar una situación que ellos consideren negativa, y puede influir en el consumo de alcohol y tabaco como un medio para poder sobrellevar los estados o síntomas depresivos (González-Forteza, Hermosillo et al., 2015).

Respecto al objetivo cuatro, que planteo analizar la suicidalidad (ideación e intento de suicidio) con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de bachillerato por sexo y edad. Se observa que el 31.3% de los adolescentes presenta ideación suicida de alto riesgo, el 43.4% presenta ideación suicida de bajo riesgo y el 25.3% no presenta ideación suicida. Estos datos se encuentran dentro de lo reportado por Loba y Morales (2016) y, Salvo y Castro (2013) cuyas proporciones son entre 25.7% y 34.3% los que presentaron ideación suicida de alto riesgo.

Lo reportado en este estudio reafirma que la ideación suicida va en aumento sobre todo en la población adolescente y debido a que cuentan con menos recursos (personales, sociales y psicológicos) para afrontar y resolver problemas, además de

menos tolerancia a la frustración, los hace más susceptibles a presentar ideación suicida (Vallejo-Casarín et al., 2016). Como posible factor biológico asociado a la ideación suicida que puede estar actuando en los adolescentes es la disminución del neurotransmisor serotonina, causando un déficit en el control de la impulsividad y la toma de decisiones para desarrollar pensamientos sobre la ideación suicida. Con respecto a los factores cognitivos y psicológicos que posiblemente estén involucrados se incluyen la desesperanza, dolor psicológico o mental, impulsividad, pobre habilidad para solucionar problemas, perfeccionismo, pobre autoestima y depresión (Cáceda, 2014; Nizama, 2011).

Por sexo, se observó que no existe diferencia significativa. Estos resultados son similares a lo que reporta Bousoño et al. (2017) y difieren a lo que reporta Wang y Yen (2017) y Liu et al. (2017) los cuales mencionan diferencia significativa con mayor proporción en mujeres. El hecho de no encontrar diferencias se puede deber a la disolución del rol de género tradicional en que los hombres eran más reacios que las mujeres de hablar sobre sus problemas o expresar sus sentimientos, pero en cambio en la actualidad posiblemente los hombres estén exteriorizando cada vez más sus emociones de igual forma que las mujeres, lo que hace que no haya tales diferencias por sexo (Pacheco & Peralta, 2015).

Por edad, no se encontró diferencia significativa. Este resultado puede ser debido a que los eventos estresantes como rechazo social, fracaso académico y/o bullying pueden surgir en cualquier momento de la vida y el adolescente se encuentra en una etapa donde existe dificultad para manejar sus emociones debido a que en esta etapa, la corteza prefrontal (área que afecta el juicio o la toma de decisiones) y el sistema límbico (área donde se estimula el sistema de recompensa) están en desarrollo, lo que hace que independientemente la edad que tenga el adolescente no exista diferencia hacia la ideación suicida (González-Forteza, Juárez et al., 2015)

En cuanto a la ideación suicida de alto riesgo con el consumo de alcohol y tabaco en hombres y mujeres, se encontró que tanto en hombres y mujeres existe diferencia significativa en cuanto a los que experimentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol y tabaco. Estos datos coinciden con lo reportado por Bousoño et al. (2017) y Wang y Yen (2018) los cuales mencionan diferencias en aquellos que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol y tabaco. Con lo anterior es posible inferir que tanto hombres como mujeres con ideación suicida consumen alcohol y tabaco. Posiblemente estas sustancias están siendo utilizadas como estrategias de afrontamiento para la ideación suicida debido a los posibles efectos que causan estas sustancias como euforia, relajación, estimulación o sensación de placer (Ortega, 2018).

Así mismo, la etapa de desarrollo en la que se encuentran, manifestado por la incapacidad de realizar obligaciones diarias como asistir a la escuela o completar un trabajo, potencian en el adolescente la probabilidad de presentar síntomas depresivos de riesgo, lo que puede también potenciar el riesgo de pensar en quitarse la vida (Park & Kim, 2016).

Respecto a la ideación suicida de alto riesgo con el consumo de alcohol y tabaco por edad, se encontró diferencia significativa en los adolescentes de 15 de edad que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol o tabaco. Así mismo a los 17 años se encontró diferencia significativa en los adolescentes que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en los que consumen alcohol y, a los 18 años y más se encontró diferencia significativa en los adolescentes que presentan ideación suicida de alto riesgo con mayor proporción en los que consumen tabaco. Estos resultados confirman la vulnerabilidad de los adolescentes de 15 años de edad, debido a ser incapaces de sobrellevar una situación que ellos consideren negativa, y que solo con la muerte la podrían resolverla y, una forma de afrontamiento que utilizan es el consumo de alcohol y tabaco (Park & Kim, 2016).

Los adolescentes de 17 años de edad consumen alcohol en mayor proporción que tabaco posiblemente como la mejor forma para afrontar los eventos estresantes o síntomas depresivos en el caso de pensar en quitarse la vida, debido a los efectos relajantes del alcohol, en el caso de los adolescentes de 18 años edad sucede lo mismo pero con respecto al consumo de tabaco, ya que debido a sus efectos estimulantes posiblemente es utilizado como una forma para afrontar los eventos estresantes o síntomas depresivos como pérdida de interés, indecisión o dificultad para concentrarse y pensar en quitarse la vida (Wang & Yen, 2018).

En cuanto al intento de suicidio el 18.9% de los adolescentes ha presentado intento de suicidio. Este porcentaje se encuentra dentro de lo reportado por Wang y Yen (2018) y, Salvo y Castro (2013) los cuales se encuentra entre 7.9% y 19.1% respectivamente. Esta proporción de intento de suicidio encontradas en el presente estudio puede explicarse con la teoría de diátesis-estrés como modelo explicativo de la conducta suicida general, que plantea como antecedente la necesidad de un evento estresante que rompa el equilibrio mental de un individuo portador de una condición de vulnerabilidad (ideas suicidas previas y/o síntomas depresivos de riesgo), además del acceso a los medios para intentarlo y la falta de apoyo social, posiblemente aumente la probabilidad de aparición de un intento de suicidio (Silva et al., 2017).

Se ha documentado que las personas realizan diversos intentos previos al acto consumado, pues al parecer no todos lo logran en el primer intento. Esto ha llevado a interpretar estas acciones inefectivas como signos de auxilio o avisos para llamar la atención, y hacer notar que no se trata de genuinos deseos de morir, sino que la persona aún no ha decidido suicidarse (Ortega, 2018).

Por sexo, se encontró que no existe diferencia significativa. Esto difiere a lo reportado por Wang y Yen (2017) y, Silva et al. (2017). El no encontrar diferencias por sexo en el presente estudio, puede explicarse de igual forma que la ideación suicida, donde los hombres posiblemente estén exteriorizando cada vez más sus emociones

debido a la disolución del rol de género tradicional del hombre ya que se creía que los hombres eran más reacios que las mujeres a hablar sobre sus problemas o expresar sus sentimientos, sin embargo este rol parece estar cambiando, el cual permite explicar por qué no hace diferencia en este comportamiento de intentos de suicidio por sexo (Pacheco & Peralta, 2015).

Por edad, se encontró que existe diferencia significativa, con mayor proporción de intento de suicidio en los adolescentes de 17 años de edad (29.6%). Este resultado confirma que, a los 17 años de edad, es clave el estrés que provoca la transición a la adultez. Debido a que empiezan a vivir situaciones propias de una persona mayor, sin tener todavía los recursos necesarios para superarlas y afrontarlas con éxito (Liu et al., 2017). La literatura señala que posiblemente existen problemas de depresión e impulsividad como rasgos de personalidad que pueden predecir uno o más intentos de suicidio. Estos rasgos se pueden encontrar en adolescentes con falta de apoyo familiar, dificultad para la toma de decisiones y consumo de sustancias como alcohol y tabaco. Esto reafirma la posible asociación con los síntomas depresivos de riesgo y la ideación suicida de alto riesgo encontrados en el presente estudio, los cuales también en su mayor proporción fueron a los 17 años de edad (Vallejo-Casarin et al., 2016).

En cuanto al intento suicida en hombres y mujeres y el consumo de alcohol y tabaco, se observa que en los hombres existe diferencia significativa con mayor proporción (24.2%) de intento de suicidio en los que consumen de alcohol, no así en consumo de tabaco. Así mismo no hay diferencias significativas en las mujeres que experimentan intento de suicidio y el consumo que tienen de alcohol o tabaco. Estos datos difieren con lo reportado por Liu et al. (2017) y Wang y Yen (2018) en donde encontraron diferencia significativa en hombres y mujeres que experimentaban intentos de suicidio y consumían alcohol o tabaco.

Sin embargo, de forma general en el presente estudio es de resaltar que tanto hombres y mujeres que experimentaban en mayor proporción intento de suicidio,

consumen alcohol y tabaco. Este resultado hace suponer que los hombres y mujeres que han tenido intentos de suicidio están utilizando el consumo de alcohol o tabaco como una estrategia de afrontamiento para intentar o evitar el o los intentos de suicidio ya que también en el presente estudio se encontró que el 13.1% ha presentado un intento de suicidio, 4.0% ha tenido dos intentos, el 1.7% tres o más intentos. Probablemente ante ciertos factores de riesgo como síntomas depresivos de riesgo y la ideación suicida de bajo y alto riesgo en conjunto con otros factores como la falta de apoyo por parte de la familia, la detección oportuna de sintomatología depresiva en las instituciones de educación donde estudian estos adolescentes estén dificultando la detección oportuna para poder sobrellevar esta situación y evitar recurran a intentos de suicidio iniciales o recurrentes (Ortega, 2018).

En cuanto a intento suicida con el consumo de alcohol y tabaco por edad, no se encontró diferencia significativa de intento de suicidio con el consumo alcohol y consumo de tabaco en los adolescentes de 15, 16, 17 años. Lo que indica que independientemente en estas edades los intentos de suicidio se presentan casi en la misma forma en la adolescencia, estos resultados pueden ser explicados por la etapa que cursan los adolescentes en estas edades, el cual puede ocurrir a cualquier edad de la etapa de la adolescencia, ya que no está sujeta a una edad específica, si no que dependen del evento estresor detonante el cual lleve a pensar que el suicidio es la única opción para solucionar ese evento además de factores como ser impulsivo y tener al alcance medios o métodos para intentarlo es lo que conduce al adolescente a intentar quitarse la vida (Park & Kim, 2016; Wang & Yen, 2018).

No obstante, en los participantes de 18 años y más se encontró diferencia significativa en mayor proporción de los que presentan intento de suicidio consumen solo tabaco. Estos resultados demuestran que, durante la etapa de la adolescencia el consumo tabaco se convierte en un factor importante y posiblemente en conjunto con los síntomas depresivos de riesgo y la ideación suicida de alto riesgo, convirtiéndose el

consumo de tabaco como una estrategia de afrontamiento que aumente o disminuya la tención del intento de suicidio a edades de 18 o más años de edad (Park & Kim, 2016; Wang & Yen, 2018).

Respecto al objetivo cinco, el cual fue determinar la relación de síntomas depresivos, y suicidalidad con los tipos de consumo de alcohol y consumo de alcohol y tabaco en un día típico en adolescentes de bachillerato. Se encontró que el índice de los síntomas depresivos se relacionó de forma positiva y significativa con el índice de ideación e intentos de suicidio, así como con los tipos de consumo de alcohol y consumo de alcohol y tabaco en un día típico en adolescentes; esto quiere decir que, a mayores síntomas depresivos, mayor es la ideación suicida, los intentos de suicidio, mayor consumo de alcohol y más alto número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico. Así mismo, el índice de ideación suicida se relacionó de forma positiva y significativa con los intentos de suicidio, con el consumo de alcohol (AUDIT; Consumo de riesgo, perjudicial y dependiente) y número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico. Es decir que a más alta ideación suicida más alto son los intentos de suicidios, mayor consumo de alcohol de riesgo, perjudicial y dependiente y más alto número de bebidas y cigarrillos consumidos en día típico.

Además, se encontró que el índice de intento de suicidio también se relacionó de forma positiva y significativa con el consumo de alcohol (AUDIT; consumo de riesgo, perjudicial y dependiente) y el número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico. lo que indica que, a mayor intento de suicidio, mayor es el consumo de alcohol (AUDIT, riesgo, perjudicial y dependiente) y más alto número de bebidas y cigarros consumidos en un día típico. Estos resultados coinciden con hallazgos reportados por Bousoño et al. (2018), Park & Kim (2016) y Wang y Yen (2018) en las que se establecieron relaciones de los síntomas depresivos con la ideación suicida e intentos de suicidio y con el consumo de alcohol y tabaco. Por lo que los resultados de este estudio

permiten demostrar que la relación se establece de manera que el alcohol y el tabaco pueden ser utilizados para afrontar los síntomas depresivos y la suicidalidad.

Respecto al objetivo seis el cual fue determinar la relación de síntomas depresivos y suicidalidad en adolescentes de bachillerato que consumen y no consumen alcohol y tabaco. Se encontró que los participantes que consumen alcohol y tabaco tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento suicida que aquellos que no consumen alcohol y tabaco. Estos datos coinciden con lo reportado por Park y Kim (2016) lo cual reafirma la relación encontrada en este estudio. Además, este resultado se puede deber a los efectos prolongados de las sustancias ya que el alcohol y puede provocar un daño tanto físico y psicológico repercutiendo así en eventos estresantes que desencadenen síntomas depresivos de riesgo y suicidalidad (Ortega, 2018).

Así mismo se realizó un Modelo de Regresión Logística y se pudo identificar que las variables, síntomas depresivos de alto riesgo, consumo de tabaco en el último año y el consumo de alcohol en el último año, predicen la ideación suicida de manera significativa. Ambos resultados concuerdan con lo reportado por Bousoño et al. (2017), Wang y Yen (2018) y Salvo y Castro (2013). Lo que permite afirmar que el principal detonante de la suicidalidad y del consumo de alcohol y tabaco son los síntomas depresivos. Por lo tanto, se puede inferir que los adolescentes que inician con síntomas depresivos y, consumen alcohol y/o tabaco como estrategias de afrontamiento tienen mayor probabilidad de desarrollar ideación suicida. Así mismo la ideación suicida de los participantes aumenta la probabilidad de consumo de alcohol y tabaco (Bousoño et al., 2017; Park & Kim, 2016; Wang & Yen, 2018).

Conclusiones

La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez vida fue de 74.4%, en el último año de 67.7%, en el último mes de 35.7% y en la última semana de 17.2%. No presentaron diferencias por sexo, por edad las prevalencias de consumo fueron más altas

en los participantes de 18 años y más. Las prevalencias de consumo de tabaco alguna vez vida fue de 44.1%, en el último año de 31.6%, en el último mes de 17.8% y en la última semana de 13.8%, sin diferencia significativa por sexo y edad.

En relación con los tipos de consumo de alcohol el 51.3% presento consumo de riesgo, el 19.9% consumo perjudicial y el 28.8% consumo dependiente, no hay diferencias de los tipos de consumo por sexo, por edad es mayor la proporción de consumo de riesgo a los 15 años y en el consumo perjudicial es en mayor proporción a los de 18 años y más, el consumo dependiente no presento diferencias significativas por edad.

Con respecto a los tipos de consumo de tabaco, el 13.9% fueron fumadores diarios, el 44.6% fumadores ocasionales y el 41.5% exfumadores. Por sexo los hombres fueron fumadores ocasionales en mayor proporción y las mujeres en mayor proporción fueron exfumadoras, los fumadores diarios no se presentó diferencia significativa.

Con respecto a los síntomas depresivos el 31.6 % presentaron síntomas depresivos de riesgo, por sexo ni por edad presentaron diferencias significativas.

Los hombres que presentaron síntomas depresivos de riesgo solamente consumen en mayor proporción alcohol, y las mujeres que presentan de síntomas depresivos de riesgo solamente consumen en mayor proporción tabaco.

Los adolescentes de 15 años de edad que presentaron síntomas depresivos de riesgo consumen en mayor proporción alcohol y tabaco, los de 18 años y más que presentaron síntomas depresivos de riesgo solamente consumen en mayor proporción tabaco. Los adolescentes de 16 y 17 años de edad con síntomas depresivos no presentos diferencias con respecto al consumo de alcohol y/o tabaco.

La ideación suicida que reportaron los participantes fueron el 31.3% con ideación suicida de alto riesgo, el 43.4% ideación suicida de bajo riesgo y el 25.3% no presento ideación suicida. No hubo diferencia de ideación suicida por sexo ni edad.

Los hombres y las mujeres que presentaron ideación suicida de alto riesgo consumen en mayor proporción alcohol y tabaco. Por edad solo los de 15 años de edad que presentaron ideación suicida de alto riesgo consumen en mayor proporción alcohol y tabaco, en el resto de las edades no hubo diferencia significativa.

El 18.9% de los participantes presento intento de suicidio. Por sexo no hay diferencia de ideación suicida. Por edad los participantes de 17 años fueron los que en mayor proporción presentaron intento de suicidio.

En los hombres con intento de suicidio consumen solo en mayor proporción alcohol y en las mujeres no hay diferencia con respecto al consumo de alcohol y tabaco

Por edad los participantes de 18 años y más con de intento de suicidio solo consumen en mayor proporción tabaco.

Los adolescentes que presentan mayores síntomas depresivos tienen mayor ideación suicida, mayor intento de suicidios y más alto consumo de alcohol, de riesgo, perjudicial y dependiente, así como más alto número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico.

Los adolescentes que presentan mayor ideación suicida e intentos de suicidio mayor es el consumo de alcohol, de riesgo, perjudicial y dependiente, así como, más alto número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico.

Los consumidores de alcohol tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto e intento suicida que aquellos que no consumen alcohol.

Los consumidores de tabaco tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos de riesgo, ideación suicida de alto riesgo e intento suicida que aquellos que no consumen tabaco.

La asociación de los síntomas depresivos y el consumo de alcohol y tabaco en los participantes predijo la ideación suicida.

Recomendaciones

Continuar utilizando los instrumentos en virtud de la confiabilidad obtenida en el presente estudio.

Diseñar y validar instrumentos exprofesos de síntomas depresivos y suicidalidad en el contexto de consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Seguir realizando investigación en la temática de síntomas depresivos y suicidalidad y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes para profundizar el conocimiento de esta temática y en el futuro realizar intervenciones de enfermería que contribuyan a disminuir el problema.

Realizar investigación de corte cualitativo para comprender el significado que le dan los adolescentes a la ideación suicida y los intentos de suicidio.

Incorporar otros conceptos (estrés, desesperanza e impulsividad) que expliquen la suicidalidad y su relación con el consumo de drogas.

Referencias

- Alonso, M. M., Álvarez, J., López, K. S., Guzmán, R., & Martínez, R. (2008). Factores Personales, Psicosociales y Consumo de Alcohol en Mujeres Adultas. *Anuario de Investigación en Adicciones*; 9 (1): 21-33.
- Altamirano, J., Caballería, J., & Bataller, R. (2010). Estrategias de mejora del tratamiento de la enfermedad hepática por depósito de grasa. *Gastroenterol Hepatol*, 33(1), 38-45.
- American Cancer Society [ACS]. (2018). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2018-2020. Atlanta: ACS.
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf>.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). Depression. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1(5). 10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05.
- Arenliu, A., Kelmendi, K., Haskuka, M., Halimi, T., & Canhasi, E. (2014). Drug use and reported suicide ideation and attempt among Kosovar adolescents. *Journal of Substance Use*, 19(5), 358–363. 10.3109/14659891.2013.820803.
- Armendariz, N. A., Villar, M. A., Alonso, M. M., Alonso, B. A., & Oliva, N. N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14(2), 97-112.
- Ávila, J. J. (1996). Análisis descriptivo de una muestra de mujeres alcohólicas atendidas durante un periodo de 10 años. *Adicciones*, 8 (4): 429-440.
- Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Saunders, J. & Grant, M. (1989). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. Ginebra: World Health Organization.

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47(2), 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(1), 561-571.
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Diaz-Mesa, E., Galvan, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M., Iglesias, C., Sáiz, P., & Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97-104.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.811>.
- Burns, N. & Grove S. (2016). Investigación en Enfermería (5a. ed.) Elsevier: Saunders.
- Cáceda, R. (2014). Suicidal behavior: Risk and protective factors. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(1), 3-18.
- Chávez, A. M., Macías, L. F., & Luna, M. G. (2011). Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 33-42.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. USA, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203.

- Cruz-Piñeiro, R., Vargas-Valle, E. D., Hernández-Robles, A. K., & Rodríguez-Chávez, Ó. (2017). Adolescentes que estudian y trabajan: factores sociodemográficos y contextuales. *Revista mexicana de sociología*, 79(3), 571-604.
- Cubillas, M. J., Román, R., Valdez, E. A., & Galaviz, A. L. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35(1), 45-50. ISSN: 0185-3325. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58223290007>
- De Avila-Arroyo, M. L., Rodríguez-Aguilar, L., Armendáriz-García, N. A., Pérez-Carrillo, V.E., Tenahua-Quitl, I., & Guzmán-Facundo, F.R. (2019). Factores de riesgo y etapas de adquisición del consumo de drogas lícitas en estudiantes mexicanos. *J Health NPEPS*; 4(2):280-296.
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Di Chiara, G. (1997). Alcohol and dopamine. *Alcohol Health Res World*, 21(2), 108-114.
- Elashoff, J. D. (2007). nQuery Advisor (versión 7.0) [Software de computación]. Los Ángeles, CA, Estados Unidos: Statistical Solutions Ltd.
- Fowler, J. C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1), 81-90.
- García, G. A., Ocaña, J., Cruz, O., Hernández, S., Pérez, C. E., & Cabrera, M. (2016). Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 23(4), 1089-1096. 10.1590/1413-81232018234.14492016.
- González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacío-Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.006>.

- González-Forteza, C., Juárez, C. E., Montejo, L. de los A., Oseguera, G., Wagner, F. A., & Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2), 29-34.
10.15174/au.2015.862.
- Gonzálvez, M. T., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2015). Estado de ánimo y consumo de tabaco en una muestra de adolescentes españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 86-92.
- Haskuka, M., Arenliu, A., & Kelmendi, K. (2017). The relationship between substance use and suicidal behaviour among adolescents in selected European countries: A test of normalisation theory. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(5), 413-421. 10.1080/09687637.2017.1308468
- Hernández, P. A., & Villarreal, R. E. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*, 19(8), 1051-58.
- Hughes, H. R. (2008). Smoking and Suicide: A Brief Overview. *Drug and Alcohol Dependence*, 98(3), 169-178.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos Nacionales): comunicado de prensa. México: INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017a). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velazquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A, Bretón-Cirett, M., Cañas-Martinez, V. Soto-Hernandez, I, Fregoso-lto, D, Fleiz-Bautista, C, Medina-Mora ME., Gutierrez-Reyes, J, Franco-Nuñez,

A, Romero-Martinez, M., & Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017b). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Reynales-Shigematsu, L. M., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W.C., Gutiérrez-Torres, D. S., García-Buendía, J. C., Rodríguez-Andrade, M.A., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2015a). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez, J. A., Fregoso-Ito, D., Bustos-Gamiño, M., Oliva-Robles, N. M., Mujica-Salazar, A., Del Campo-Sánchez, R., Nanni-Alvarado, R., & Medina-Mora, M. E. México DF, México: INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2015b). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco. Villatoro-Velázquez, J.A., Bustos-Gamiño, M., Oliva-Robles, N., Fregoso-Ito, D., Mujica Salazar, A., Del Campo Sánchez, R., Nanni-Alvarado, R., & Medina-Mora, M. E. México DF, México: INPRFM.

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE]. (2017). Directrices para mejorar la permanencia escolar en la educación media superior. Ciudad de México. México. <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2018/12/P1F105.pdf>.

- Kim, S., Kim, H., Seo, D.C., Lee, D. H., & Cho, H.I. (2014). Suicidal Ideation and its Correlates among Juvenile Delinquents in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 5(5), 258-265. 10.1016/j.phrp.2014.08.007.
- Lee, J., Kim, T. H., Min, S., Kim, M. H., Park, K. C., Moon, J. S., & Ahn, J. S. (2018). Depressive symptoms and suicidal behaviours in adolescent non-daily smokers compared to daily smokers and never-smokers in Korea: National cross-sectional study. *PLOS ONE*, 13(11), e0207182. 10.1371/journal.pone.0207182.
- Lee, T. K., Wickrama, K. A. S., Kwon, J. A., Lorenz, F. O., & Oshri, A. (2017). Antecedents of transition patterns of depressive symptom trajectories from adolescence to young adulthood. *British Journal of Developmental Psychology*, 35(4), 498–515. 10.1111/bjdp.12189.
- Liu, X. C., Chen, H., Liu, Z. Z., Wang, J. Y., & Jia, C. X. (2017). Prevalence of suicidal behaviour and associated factors in a large sample of Chinese adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 1-10. 10.1017/s2045796017000488.
- Loboa, N.J., Morales, D.F. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados. Villahermosa-Tolima, 2013. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 34(1): 96-104. 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12.
- López-Cisneros, M. A., Alonso, M. M., Méndez, M. D., & Armendáriz, N. A. (2016). Descripción del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de complementos urbanos del estado de Nuevo León, México. *Salud y drogas*, 16(2),127-134.
- López-Maldonado, M. C., Villar, M. A., & Gherardi-Donato, E. C. (2012). Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 707-713. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000700007>
- Méndez-Ruiz, M. D., Ortiz-Moreno, G. A., Eligio-Tejada, I. A., Yáñez-Castillo, B. G., & Villegas-Pantoja, M. A. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol

- en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*, 18(4), 438-448. <https://dx.doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.6>
- National Institute of Mental Health. (2018). Depression. United States of America. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-en-la-adolescencia/19-mh-8089s_157885.pdf
- National institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2017). Overview of Alcohol Consumption. USA. <https://www.niaaa.nih.gov/overview-alcohol-consumption>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2010). "Adicción al tabaco." National Institute on Drug Abuse,
- National Institute on Drug Abuse. (2014). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction United States of America. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa.pdf>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 1-5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Álvarez-Nemegyei, J., Madrigal-de León, E. A., & Rasmussen-Cruz, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*;28(5):64-70.
- Observatorio de la Juventud en Iberoamérica [OJI]. (2019). Encuesta de Jóvenes en México 2019. Ciudad de México. México. <https://drive.google.com/file/d/1QNRuGhuSMSOV3Ky2fAPHo6otNtFORskk/view>.
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(1), 409-415.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. pp 10-25. Washington, DC.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). Report on the global tobacco epidemic, 2017. monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Mental health. Suicide data. Geneva: WHO. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>.
- Ortega, M. (2018). Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico. México. Hermosillo: *Qartuppi*. 10.29410/QTP.18.05
- Park, S., & Kim, Y. (2016). Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents. *BMC Public Health*, 16(1), 1-9
10.1186/s12889-016-2731-8.
- Pérez, A. (1995). Naturaleza del humo del tabaco: Farmacología de la nicotina. *Archivos de Bronconeumología*. 31(3), 101-108.

- Pérez, N., Pérez, H., & Fernández, E. J. (2007). Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(1), 1-11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100006&lng=es&tlng=es.
- Pérez-Vázquez, M. J., Díaz-Oviedo, A., & Calixto-Olalde, M. G. (2018). Life experience of adolescent drug users: a phenomenological approach. *Rev Esc Enferm USP*;52:03349. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042803349>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8va. Ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Rhawn J. (2000). The limbic system. In: *Neuropsychiatry, Neuropsychology, Clinical Neuroscience*. New York, NY: Academic Press.
- Rial, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T., & Varela, J. (2017). Validación del “Test De Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol” (AUDIT) en población adolescente española, *Psicología Conductual*, 25(2), 371-386. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/AuditAlcohol.PDF.
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcuca, B., Leyva-López, A., & de Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226.
- Salvo, G. L., Melipillán, A. R., & Castro, S. A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(1). 10.4067/s0717-92272009000100003.
- Salvo, L., & Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434. 10.4067/S0034-98872013000400002.

- Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2019). Principales cifras del sistema educativo nacional 2018-2019. CDMX. México.
https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2018_2019_bolsillo.pdf.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, México.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, 2 de abril de 2014. México. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.
- Seguel, F., Santander, G., & Alexandre, O. (2013). Validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (audit) en estudiantes de una universidad chilena. *Ciencia y enfermería*, 19(1), 23-35.
10.4067/S0717-95532013000100003
- Shulman, E. P., Harden, K. P., Chein, J. M., & Steinberg, L. (2014). Sex Differences in the Developmental Trajectories of Impulse Control and Sensation-Seeking from Early Adolescence to Early Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 1-17. 10.1007/s10964-014-0116-9
- Silva, D., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33.
- Sutter, M. E., Everhart, R. S., Miadich, S., Rudy, A. K., Nasim, A., & Cobb, C. O. (2018). Patterns and profiles of adolescent tobacco users: Results from the Virginia Youth Survey. *Nicotine and Tobacco Research*, 20(1), 39-47.
- Tegoma-Ruiz, V. M., & Cortaza-Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos,

- Veracruz. *Enfermería universitaria*, 13(4), 239-245. <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.001>.
- Téllez, J. & Cote, M. (2006). Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(1), 32-47.
- Telumbre-Terrero, J. Y., Esparza-Almanza, S. E., Alonso-Castillo, B. A., & Alonso-Castillo, M. T. (2016). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 30(1) 1-10. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=448/44843206001>
- Telumbre-Terrero, J., & Sánchez-Jaimes, B. (2015). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, México. *Salud y drogas*, 15(1), 79-86.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2018). Informe mundial sobre las drogas 2018. 9-15. Viena. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
- Vallejo-Casarín, A., Segura, H. B., Andrade-Palos, P., Betancourt-Ocampo, D., Méndez-Flores, M., & Rojas-Rivera, R. M. (2016). Comparación y caracterización de ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos de tres regiones. *Revista de Educación y Desarrollo*, 39(1), 121-128.
- Wang, P. W., & Yen, C. F. (2017). Adolescent substance use behavior and suicidal behavior for boys and girls: a cross-sectional study by latent analysis approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-7. 10.1186/s12888-017-1546-1
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. In *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention* (ed. van Heeringen, C.), 76-94.

Apéndice

brandy, mezcal etc.)									
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La siguiente pregunta es acerca de las bebidas alcohólicas.

¿En un día típico (en el que consumes o consumías alcohol), cuántas copas o bebidas alcohólicas completas ingieres (latas o botellas de cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal etc.)? _____

Historial de Consumo de Tabaco

Instrucciones: coloca en la siguiente tabla una **X** en el espacio que más se apega a tu realidad. Recuerda que los datos son totalmente confidenciales y nadie juzga las respuestas.

¿Has fumado...	Alguna vez en la vida			En el último año		En el último mes		En los últimos siete días	
	Si	No	Si contestaste Sí, ¿A qué edad fumaste por primera vez?	Si	No	Si	No	Si	No
Tabaco (cigarrillos)									

¿Cuántos cigarrillos fuma en un día típico: _____

2.-Tipos de consumo de tabaco

Pregunta	SI	NO
1.- ¿Haz fumado diariamente al menos un cigarrillo?		
2.- ¿Haz fumado ocasionalmente (de vez en cuando) al menos un cigarrillo?		
3.- ¿Fumaste anteriormente y actualmente no fumas?		

Apéndice B

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-2)

Instrucciones: Lee con atención cada una de las siguientes afirmaciones. Luego elije una opción de cada grupo (síntoma), el que mejor describa como te has sentido los últimos 12 meses, incluyendo el día de hoy. Marca con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo te parecen igualmente apropiados, marca el número más alto. Verifica que no hayas elegido más de uno por grupo.

<p>1. Tristeza</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento triste 1. Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste todo el tiempo 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo 	<p>2. Pesimismo</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo 2. No espero que las cosas funcionen para mi 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
<p>3. Fracaso</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera debido 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos 3. Siento que como persona soy un fracaso total 	<p>4. Pérdida de Placer</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
<p>5. Sentimientos de Culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento particularmente culpable 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo. 	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No siento que este siendo castigado 1. Siento que tal vez pueda ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que estoy siendo castigado
<p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre 1. He perdido la confianza en mí mismo 2. Estoy decepcionado conmigo mismo 3. No me gusto a mí mismo 	<p>8. Autocrítica</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

<p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No tengo ningún pensamiento de matarme 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2. Querría matarme 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo 	<p>10. Llanto</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No lloro más de lo que solía hacerlo 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. Lloro por cualquier pequeñez 3. Siento ganas de llorar pero no puedo
<p>11. Agitación</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo 	<p>12. Pérdida de Interés</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas 3. Me es difícil interesarme en algo
<p>13. Indecisión</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión 	<p>14. Desvaloración</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No siento que yo no sea valioso 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros 3. Siento que no valgo nada
<p>15. Perdida de energía</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada. 	<p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño 1a. Duermo un poco más que lo habitual 1b. Duermo un poco menos que lo habitual 2a. Duermo mucho más que lo habitual 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3a. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
<p>17. Irritabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No estoy tan irritable que lo habitual 1. Estoy más irritable que lo habitual 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual 3. Estoy irritable todo el tiempo 	<p>18. Cambios en el Apetito</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

	<p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a . No tengo apetito en absoluto</p> <p>3b. Quiero comer todo el día</p>
<p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo</p> <p>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual</p> <p>1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual</p> <p>2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer</p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía</p>
<p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo</p> <p>3. He perdido completamente el interés en el sexo</p>	

Apéndice C

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: A continuación, se presentan algunas preguntas sobre tu consumo de alcohol; por favor subraya la respuesta que se acerque más a tu realidad.

<p>1.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Una o menos veces al mes</p> <p>2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>4) 4 a más veces a la semana</p>	<p>6.- Durante el último año, ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>
<p>2.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) 1 o 2</p> <p>1) 3 o 4</p> <p>2) 5 o 6</p> <p>3) 7 a 9</p> <p>4) 10 o más</p>	<p>7.- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>
<p>3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?</p> <p>0) nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>	<p>8.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>

<p>4.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>	<p>9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) No</p> <p>2) Sí. pero no en el último año</p> <p>4) Sí. en el último año</p>
<p>5.- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>0) No</p> <p>2) Sí. pero no en el último año</p> <p>4) Sí. en el último año</p>

Apéndice D

Escala de Suicidalidad de Okasha

Instrucciones: lee con atención cada una de las siguientes afirmaciones. Luego elije una opción de cada grupo, el que mejor describa como te has sentido en los últimos 12 meses, incluyendo el día de hoy. Marca con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Verifica que no hayas elegido más de uno por grupo.

1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3
4. ¿Has intentado suicidarte?	ningún intento	0
	un intento	1
	dos intentos	2
	tres o más intentos	3

Apéndice E



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO PARA PADRES

Título de proyecto: Síntomas depresivos y suicidalidad con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de bachillerato

Autor: Lic. Raul Alejandro Delgado Avila

Director de Tesis: Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Estimado(a) Señor/Señora:

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es saber la relación que existe entre síntomas depresivos, la suicidalidad, con el consumo de alcohol, y tabaco en adolescentes. El estudio se está realizando en la Escuela y Preparatoria Técnica Médica por parte de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Si Usted acepta que hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

A su hijo(a) se le aplicará un cuestionario. Se le realizarán algunas preguntas acerca de síntomas de depresión (como tristeza, llanto, cambios en su sueño, etc.), suicidalidad (has pensado que la vida no vale la pena) y el consumo de alcohol y tabaco. Le aclaramos que tanto el cuestionario como la aplicación del mismo serán realizadas por personal capacitado.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incómodo(a), a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficios: Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta que su hijo(a) participe, estará colaborando para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. **Compromiso del Investigador:** La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Confidencialidad: Toda la información que su hijo(a) nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el autor principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Su hijo(a) quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su

participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la escuela.

Contacto: Para contactar al investigador comuníquese al tel. 8115833444 o al correo: raul_95_6@hotmail.com. En caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.faen@gmail.com. Si usted acepta que su hijo participe, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para la de su hijo(a)

Su firma indica su **autorización** para que su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Firma: _____

Fecha:

Relación con el menor participante _____

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Día / Mes / Año

Relación con el participante _____

Fecha:

Firma del Testigo 2:

Fecha:

Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Apéndice F



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Síntomas depresivos y suicidalidad con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de bachillerato
Autor: Lic. Raul Alejandro Delgado Avila
Director de Tesis: Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Mi nombre es Raúl Alejandro Delgado Avila soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL. Actualmente se está realizando un estudio para conocer la relación que existe entre síntomas depresivos, la suicidalidad, con el consumo de alcohol, y tabaco en adolescentes y para ello queremos pedirte que participes. Tu participación en el estudio consiste en contestar un cuestionario acerca de los síntomas depresivos (como tristeza, llanto, cambios en su sueño, etc.), suicidalidad (has pensado que la vida no vale la pena) y consumo de alcohol y tabaco.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporcionen nos ayudarán a conocer acerca del consumo de alcohol y tabaco, síntomas depresivos y suicidalidad en adolescentes. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas y/o resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (**X**) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, no pongas ninguna (**X**), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Apéndice G



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Síntomas depresivos y suicidalidad con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de bachillerato
Autor: Lic. Raul Alejandro Delgado Avila
Director de Tesis: Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Se está llevando a cabo el estudio que lleva por nombre suicidalidad, síntomas depresivos y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en esta escuela, para conocer la relación que existe entre síntomas depresivos, la suicidalidad, con el consumo de alcohol, y tabaco en adolescentes. Su participación y los resultados obtenidos son para fines obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a participar contestando algunas preguntas. A continuación, se le explicará el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

Procedimiento:

Los participantes se seleccionaron de manera aleatoria y entre los grupos de todos los semestres. El estudio consiste en contestar un cuestionario acerca de los síntomas depresivos (como tristeza, llanto, cambios en su sueño, etc.), suicidalidad (has pensado que la vida no vale la pena) y consumo de alcohol y tabaco. El tiempo estimado que toma contestar el cuestionario es de 20 minutos como mínimo. En caso de querer participar se requiere una firma de autorización, en el momento de contestar el cuestionario si surge una duda, esta será aclarada por parte del investigador. Usted está en su derecho a no seguir contestando si la pregunta le provoca incomodidad. Las respuestas del mismo son absolutamente anónimas, no habrá manera de poder identificar al participante por su cuestionario.

La escuela y preparatoria técnica medica autorizó realizar el estudio aquí. Se invitará a todas las personas que actualmente realizan sus estudios en la misma. Se realizó una selección aleatoria entre todos los grupos de la escuela hasta completar 14 grupos y este grupo ha sido seleccionado para participar.

Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado.

Se le aplicarán 4 cuestionarios que tratan sobre consumo de, estos serán aplicados en el interior del salón para que pueda contestar de manera tranquila y con la mayor privacidad posible. El tiempo aproximado de su participación es de 20 Minutos.

La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas científicas, pero se realizará de manera grupal, ni su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos. Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.

Para evitar todas las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestaran de la manera más privada posible. Los riesgos potenciales que implican su

participación en este estudio son mínimos, si se siente incómodo con alguna pregunta puede no contestarla, sin que esto tenga repercusiones de ningún modo para Usted.

Beneficios esperados:

El beneficio de su participación brinda información sobre el consumo de alcohol y tabaco, síntomas depresivos y suicidalidad en adolescentes. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

Compromiso del Investigador: La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Contacto: Para contactar al investigador comuníquese al tel. 8115833444 o al correo: raul_95_6@hotmail.com. En caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.faen@gmail.com. Si usted acepta participar, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Testigo 2: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Resumen Autobiográfico

Lic. Raúl Alejandro Delgado Avila

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Tesis: SÍNTOMAS DEPRESIVOS, CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUICIDALIDAD EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacido en Monterrey, Nuevo León, el 10 de Agosto de 1995, hijo de la Sra. Bertha Avila Sánchez y del Sr. Raul Delgado Pérez.

Educación: Egresado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el grado de Licenciado en Enfermería en el año 2018.

Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante el periodo Agosto 2018 – Agosto 2020.