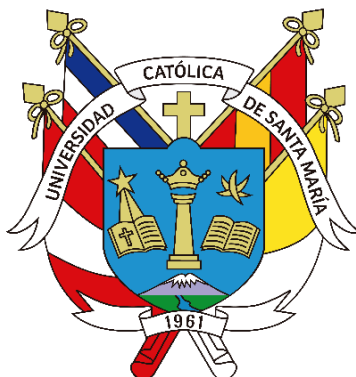


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Niveles de depresión y su asociación con trastornos por consumo de alcohol
en una muestra de adolescentes que cursan estudios preuniversitarios en
Arequipa, abril - junio del 2024**

Tesis presentada por la Bachiller:

Arias Portugal, Romelia Helen

ORCID: 0009-0001-2429-0394

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Farfán Delgado, Miguel Fernando

ORCID: 0000-0001-6282-4636

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 07 de Abril del 2025

Dictamen: 012730-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 012730, presentado por:

2015600072 - ARIAS PORTUGAL ROMELIA HELEN

Titulado:

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN
UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES QUE CURSAN ESTUDIOS PREUNIVERSITARIOS EN
AREQUIPA, ABRIL - JUNIO DEL 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29690684 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR**



**29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**29714818 - ZEGARRA ADANAQUE ALICE NATHALI
DICTAMINADOR**



Niveles de depresión y su asociación con trastornos por consumo de alcohol en una muestra de adolescentes que cursan estudios preuniversitarios en Arequipa, abril - junio del 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet | 3% |
| 2 | Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante | 2% |
| 3 | biblioteca.usfa.edu.bo Fuente de Internet | 1% |
| 4 | repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 5 | ww1.docero.mx Fuente de Internet | 1% |
| 6 | eprints.uanl.mx Fuente de Internet | 1% |
| 7 | www.gob.mx Fuente de Internet | 1% |

DEDICATORIA

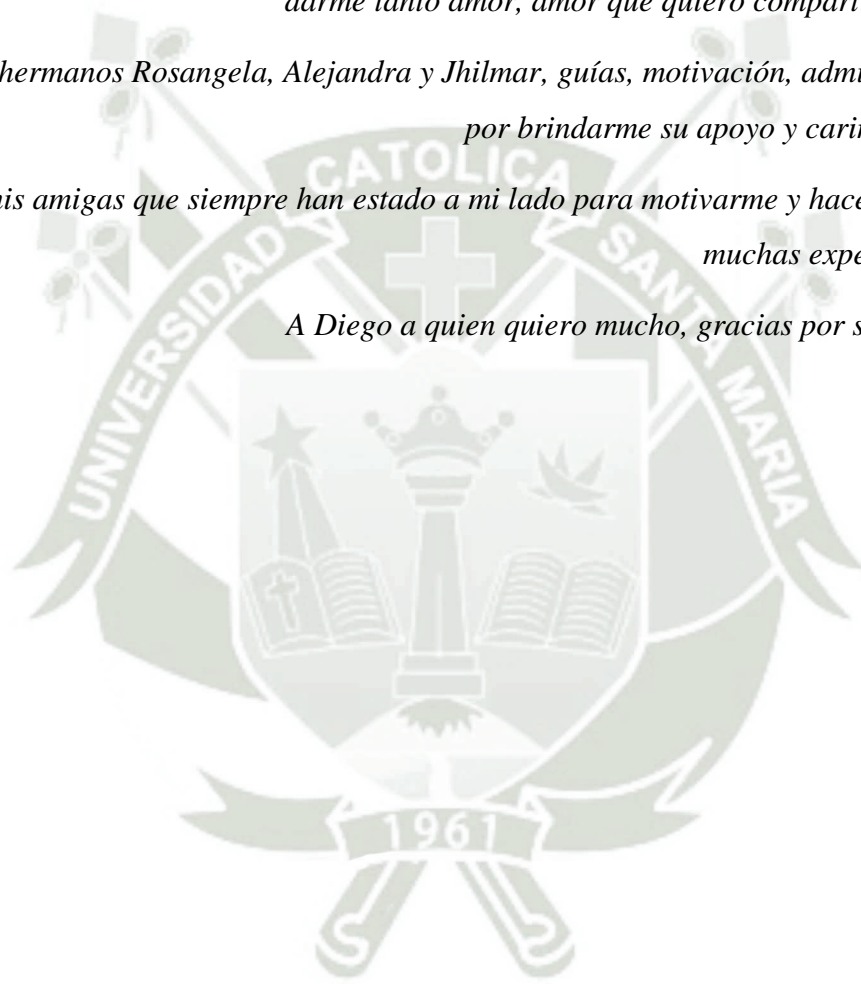
A Dios por enseñarme el valor de la vida, por darme oportunidades y por extenderme la mano siempre que lo he necesitado,

A mis Padres Marco Arias Carpio y Rosanelda Portugal García quienes me enseñaron el valor de la humildad, la paciencia, la dedicación, el esfuerzo, el trabajo duro, por depositar su confianza en mí y siempre dárme todo, aunque ello fuese casi inalcanzable, además de darme tanto amor, amor que quiero compartir siendo médico,

A mis hermanos Rosangela, Alejandra y Jhilmar, guías, motivación, admiración y orgullo, por brindarme su apoyo y cariño incondicional,

A mis amigas que siempre han estado a mi lado para motivarme y hacerme participe de muchas experiencias bonitas,

A Diego a quien quiero mucho, gracias por su apoyo y cariño



AGRADECIMIENTOS

*Agradecida con Dios, ante todo por siempre brindarme oportunidades, por cuidar de mí,
guiarme y poner en mi camino a increíbles personas.*

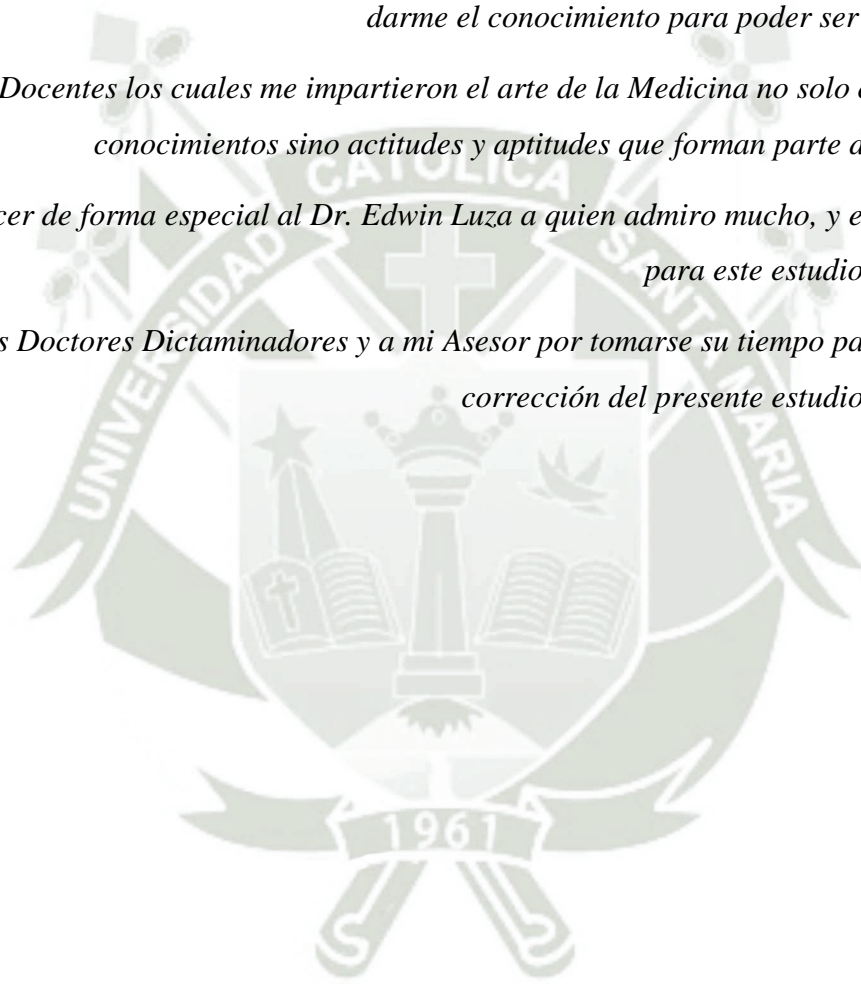
*Agradezco a mi hermosa familia a mis padres, a mis hermanos, a mis amigos y a mi amor
quienes nunca dudaron en apoyarme, y siempre estuvieron presente para mí.*

*A la casa Santa Mariana, y en especial a mi facultad de Medicina humana por instruirme y
darme el conocimiento para poder ser un buen Medico.*

*A mis Docentes los cuales me impartieron el arte de la Medicina no solo enseñándome sus
conocimientos sino actitudes y aptitudes que forman parte de su experiencia.*

*Agradecer de forma especial al Dr. Edwin Luza a quien admiro mucho, y el cual me oriento
para este estudio de investigación*

*A mis Doctores Dictaminadores y a mi Asesor por tomarse su tiempo para la evolución y
corrección del presente estudio de investigación*



EPÍGRAFE

“Me he dado cuenta de que incluso las personas que dicen que todo está predestinado y que no podemos hacer nada para cambiar nuestro destino igual miran antes de cruzar la calle”.

Stephen Hawking

“El secreto de la felicidad no es hacer siempre lo que se quiere, sino querer siempre lo que se hace”.

León Tolstói



RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar los Niveles de depresión y su asociación con trastornos por consumo de alcohol en una muestra de adolescentes que cursan estudios preuniversitarios en Arequipa, Abril - Junio del 2024. El estudio tiene un diseño de investigación descriptivo, observacional de corte transversal y asociación simple y cuenta con una población de 1187 alumnos de los cuales se tomó una muestra probabilística de 348 estudiantes, dichos alumnos se encontraban cursando estudios preuniversitarios en la Universidad Católica de Santa María en la ciudad de Arequipa abril a junio del 2024. Para este trabajo de investigación se emplearon dos instrumentos de investigación la “Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes”; y el “Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)”, para hallar la relación entre las variables se utilizó las pruebas no paramétricas de Chi- cuadrado y Fisher. El análisis estadístico se realizó por medio del software R. El 50.9% eran adolescentes varones y tenían una edad de 16 a 17 años (63.5%). Según la “escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes” un 46.3% no tenía depresión, un 35.1% presentaba síntomas de depresión y 18.7% si tenía depresión, en cuanto al consumo de alcohol “La prueba de AUDIT” indico que el 80.2% presentaba riesgo mínimo, 15.8% riesgo moderado, 3.2% riesgo alto de consumo de alcohol y 0.9% dependencia a esta sustancia. Además de estos resultados se encontraron asociaciones con algunas características sociodemográficas tanto con la variable de depresión como con la variable de consumo de alcohol. Este trabajo de investigación concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables de depresión y consumo de alcohol, debido a que el valor de p es igual 0.2 ($p = 0.2$); por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Palabras clave: Depresión, consumo de alcohol, adolescentes.

ABSTRACT

The main objective of the study is to determine if there is an association between levels of depression and alcohol use disorders in a representative group of adolescents who have pre-university studies in Arequipa, April - June 2024. The study has a descriptive, observational, cross-sectional, and simple association research design. The population was 1,187 students. A probability sample of 348 was drawn from the sample. These students were enrolled in pre-university studies at the Catholic University of Santa María in Arequipa, from April to June 2024. For this research, two instruments were used: the "Modified Birleson Scale for Depressive Disorders in Children and Adolescents" and the "Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Adolescents." Nonparametric chi-square and Fisher's tests were used to determine the relationship between variables. Statistical analysis was performed using R software. The 50.9% were male adolescents, aged 16 to 17 years (63.5%). According to the "Modified Birleson Scale for Depressive Disorders in Children and Adolescents," 46.3% were free of depression, 35.1% had symptoms of depression, and 18.7% were. Regarding alcohol consumption, the "AUDIT" indicated that 80.2% were at minimal risk, 15.8% were at moderate risk, 3.2% were at high risk, and 0.9% were dependent on alcohol. In addition to these results, associations were found with some sociodemographic characteristics, both with the depression variable and the alcohol consumption variable. This research concludes that there is no significant relationship between the variables of depression and alcohol consumption, because the P value is equal to 0.2 ($p = 0.2$), therefore, the null hypothesis is accepted and the alternative hypothesis is rejected.

Keywords: Depression, alcohol consumption, adolescents.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. Problema de investigación 4

1.1. Enunciado del problema 4

1.2. Descripción del problema 4

1.2.1. Área y línea de investigación 4

1.2.2. Análisis de las Variables 4

1.2.3. Operacionalización de Variables 4

1.2.4. Interrogantes básicas 6

1.2.5. Método y tipo de investigación 6

1.2.6. Nivel de investigación 6

1.3. Justificación del problema 7

1.3.1. Justificación científica 7

1.3.2. Justificación social 7

1.3.3. Justificación contemporánea 7

1.3.4. Factibilidad 8

1.3.5. Interés personal 8

2. Objetivos 9

2.1. General 9

2.2. Específicos 9

| | | |
|---|---|----|
| 3. | Marco Teórico..... | 9 |
| 3.1. | Trastornos del estado de ánimo..... | 9 |
| 3.1.1. | Depresión mayor y otros trastornos depresivos | 9 |
| 3.2. | Trastorno por uso de sustancias (TUS)..... | 33 |
| 3.2.1. | Definición | 33 |
| 3.2.2. | Clasificación | 34 |
| 3.2.3. | Terminología..... | 34 |
| 3.2.4. | Patrones de consumo del Adolescente..... | 36 |
| 3.2.5. | Diagnóstico | 37 |
| 3.3. | Trastorno relacionado al consumo del alcohol | 40 |
| 3.3.1. | Dependencia y Abuso de alcohol..... | 40 |
| 3.3.2. | Intoxicación por Alcohol | 50 |
| 3.4. | Adolescencia..... | 52 |
| 3.4.1. | Definición | 52 |
| 4. | Análisis de antecedentes investigativos | 54 |
| 4.1.1. | A nivel local..... | 54 |
| 4.2. | A nivel nacional..... | 56 |
| 4.3. | A Nivel Internacional..... | 61 |
| 5. | Hipótesis | 64 |
| 5.1. | Hipótesis nula..... | 64 |
| 5.2. | Hipótesis alterna..... | 64 |
| CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL | | 65 |
| 1. | Técnicas, instrumentos y materiales de verificación | 66 |
| 1.1. | Técnicas | 66 |
| 1.2. | Instrumentos..... | 66 |
| 1.3. | Materiales de verificación..... | 66 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 2. | Campo de verificación | 66 |
| 2.1. | Ubicación espacial | 66 |
| 2.2. | Ubicación temporal..... | 66 |
| 2.3. | Unidades de estudio | 66 |
| 2.3.1. | Población..... | 67 |
| 2.3.2. | Muestra | 67 |
| 3. | Estrategia de recolección de datos | 69 |
| 3.1. | Organización..... | 69 |
| 3.2. | Validación de los instrumentos..... | 69 |
| 3.2.1. | Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes | 69 |
| 3.2.2. | Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) 71 | |
| 3.3. | Recursos..... | 72 |
| 3.3.1. | Humanos | 72 |
| 3.3.2. | Materiales..... | 72 |
| 4. | Criterios para manejo de resultados | 73 |
| | CAPÍTULO III RESULTADOS..... | 74 |
| | DISCUSIÓN | 94 |
| | CONCLUSIONES | 99 |
| | RECOMENDACIONES..... | 100 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 101 |
| | ANEXOS | 107 |
| | ANEXO 1 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA | 108 |
| | ANEXO 2 ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES | 110 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO 3 TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL” AUDIT EN ADOLESCENTES | 112 |
| ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO | 115 |
| ANEXO 5 OFICIO PARA AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN..... | 117 |
| ANEXO 6 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA UCSM | 118 |
| ANEXO 7 MATRIZ DE DATOS..... | 120 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Característica de los participantes (N = 348)..... | 75 |
| Tabla 2 Resultados de Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes | 78 |
| Tabla 3 Resultados de Escala AUDIT para trastorno de consumo de alcohol. | 79 |
| Tabla 4 Característica de los participantes según categorización de escala de Birleson modificada para niños y adolescentes (N = 348). | 80 |
| Tabla 5 Característica de los participantes según categorización de escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol (N = 348). | 86 |



ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Figura 1 Porcentaje de depresión en los participantes incluidos. | 78 |
| Figura 2 Porcentaje de trastorno de consumo de alcohol en los participantes incluidos | 79 |
| Figura 3 Distribución del sexo según la escala de Birleson para depresión. | 83 |
| Figura 4 Distribución de tener enamorado según la escala de Birleson para depresión. | 83 |
| Figura 5 Distribución de si sufre o sufrió maltrato físico según la escala de Birleson para depresión. | 84 |
| Figura 6 Distribución de si consume o consumió cigarrillos según la escala de Birleson para depresión. | 84 |
| Figura 7 Distribución de la relación entre padres según la escala de Birleson para depresión. | 85 |
| Figura 8 Distribución del trastorno por consumo de alcohol según la escala de Birleson para depresión. | 85 |
| Figura 9 Distribución de tener enamorado según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol | 89 |
| Figura 10 Distribución de iniciar vida sexual según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol | 90 |
| Figura 11 Distribución si consume o consumió cigarrillos según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol | 90 |
| Figura 12 Distribución si consume o consumió alcohol según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol. | 91 |
| Figura 13 Distribución si consume o consumió algún tipo de drogas según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol | 92 |
| Figura 14 Distribución con quien vive según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol. | 92 |
| Figura 15 Distribución de estado civil de los padres según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol | 93 |
| Figura 16 Distribución de la relación entre los padres según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol | 93 |

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, el cual está presente aproximadamente en el 4% de la población a nivel mundial y se observado que en los últimos años ha venido incrementado su incidencia en niños y adolescentes (1). Si bien este trastorno se puede manifestar en diferentes etapas de la vida, es en la adolescencia la etapa más vulnerable y crítica, ya que con regularidad se pueden presentar trastornos: De la conducta, de la ansiedad, de la conducta alimentaria, además de trastornos del estado de ánimo, entre otros (2,3).

Según Abello et al en Colombia cerca del 10% de la población habría presentado alguna vez en la vida un cuadro de depresión mayor, que inicio a la edad de 10 años. Por ello y muchos otros acontecimientos, la adolescencia sería una de las etapas más importantes donde iniciaría la clínica de depresión. Desde hace algunos años, así como lo indica Rodríguez, et al en su investigación del 2005, se especulaba que un síntoma de depresión y ansiedad en los adolescentes sería el consumo abusivo de alcohol, los cuales estarían afectando a un 5 a 18% de los adolescentes de dicha época (4).

Actualmente se sabe que el uso de sustancias entre los jóvenes, específicamente el consumo de alcohol, tiene un origen multifactorial y que la adolescencia sería una etapa crucial donde aumenta las exigencias sociales, necesitando que el adolescente tenga definida su identidad, busque nuevas experiencias y sensaciones, tenga autonomía, además de mayor interacción con las personas; todas estas exigencias sumando a los cambios físicos, psíquicos y biológicos por los cuales pasa el adolescente, pueden ser sin duda factores detonantes para adquirir conductas no saludables como el consumo de alcohol a temprana edad (5).

La OMS nos indica que el uso nocivo de alcohol es el responsable de más de 200 enfermedades y trastornos, por mencionar algunos tenemos: Enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, diferentes neoplasias, trastornos neuropsiquiátricos, además estaría asociado de forma directa al aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como de otras enfermedades transmisibles y no transmisibles, sumado a esto se puede observar en las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol, una deficiente relación entre la pareja y la familia, el incremento de diferentes tipos de violencia, el bajo rendimiento escolar y los cuantiosos casos de accidentes de tránsito. Se estima que cada año fallecen alrededor de 3 millones de personas por presentar un consumo nocivo de alcohol, lo que representa 5.3% de todas las defunciones, que en cifras numéricas sería una de las principales causas de fallecimiento, hay que considerar además, que el consumo de alcohol tiene el 5.1% de AVAD

(Años de vida ajustados en función de la discapacidad) ya sea por las enfermedades o discapacidades que genera, así como la dependencia que ocasiona el consumo de dicha sustancia (6,7). Como ya se había mencionado una etapa crítica de la vida es la adolescencia y nuevamente es de importancia al mencionar el inicio de consumo de bebidas étlicas, por ejemplo, en México se ha observado altos consumos de alcohol en adolescentes entre los 12 a 17 años que ha venido aumentado desde años pasados de 12.1 % en 2011 al 15.6% en 2016 (8,9).

El presente trabajo busca encontrar la relación que existe o no entre los niveles de depresión y los trastornos por consumo de alcohol, en una muestra de adolescentes que se encuentran cursando estudios preuniversitarios en la ciudad de Arequipa, además busca averiguar datos sociodemográficos que estén asociados tanto a los cuadros depresivos como al consumo de bebidas étlicas en adolescentes. Este estudio aportara información a futuras investigaciones para el diseño e implementaciones de estrategias que puedan prevenir tanto trastornos del estado de ánimo, así como trastornos por uso de sustancia en los jóvenes.

Este estudio está dividido en cinco capítulos; en el capítulo 1 se habla sobre el planteamiento teórico lo cual incluye el enunciado y descripción del problema además de la justificación de este, también se informa sobre los objetivos, marco teórico y análisis de antecedente de investigación; en el capítulo 2 se determina el planteamiento operacional que consta de técnicas, instrumentos y materiales para efectuar la investigación además nos detalla el campo de verificación, los criterios de selección y la estrategia de recolección de datos; en el capítulo 3 nos muestra los resultados y el capítulo 4 nos informa sobre la discusión para finalizar con el capítulo 5 donde se detalla las conclusiones y recomendaciones que se extrapolan de la investigación.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

¿Cuáles son los niveles de depresión y su asociación con trastornos por consumo de alcohol en una muestra de adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios en Arequipa, abril – junio de 2024?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área y línea de investigación

- Campo: Ciencias de la Salud
- Área: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos del estado de ánimo – Trastornos por uso de sustancias

1.2.2. Análisis de las Variables

El estudio de Investigación tiene 2 variables:

- Variable Independiente: Depresión
- Variable Dependiente: Trastorno por consumo de sustancias

1.2.3. Operacionalización de Variables

| Variable | Dimensiones | Indicadores | Valor | Escala |
|--|-----------------------------------|------------------------|------------------------|----------|
| Características Epidemiológicas de la muestra | Características Sociodemográficas | Edad | Años | De Razón |
| | | Género | Masculino/ Femenino | Nominal |
| | | Nivel de instrucción | Grado | Ordinal |
| | | Colegio de procedencia | Colegio | Nominal |
| | | Desempeño escolar | Desempeño | Ordinal |
| | | Enamorado (a) | Si/No | Nominal |
| | | Inicio de vida sexual | Si/No | Nominal |
| | | Maltrato físico | Si/No | Nominal |

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|--|----------|
| | | Consumo de tabaco | Si/No | Nominal |
| | | Consumo de Alcohol | Si/No | Nominal |
| | | Consumo de Drogas | Si/No | Nominal |
| | | Convivencia | Ambos padres / solo padre / solo madre / otros | Nominal |
| | | Dependencia económica | Ambos padres / solo padre / solo madre / otros | Nominal |
| | | Estado civil de los padres | Estado civil | Nominal |
| | | Edad del Padre | Años | De Razón |
| | | Edad de la Madre | Años | De Razón |
| | | Nivel de instrucción del Padre | Grado | Ordinal |
| | | Nivel de instrucción de la Madre | Grado | Ordinal |
| | | Relación entre los padres | Tipo de Relación | Ordinal |
| Variable Independiente | Depresión | Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes | Sin Depresión: Puntaje total: 0 a 13; Con síntomas depresivos: Puntaje total: 14 a 21; Con depresión: Puntaje total: 22 a más. | Ordinal |
| Variable Dependiente | Trastornos por consumo de alcohol | “Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol” AUDIT en adolescentes | Consumo de Riesgo bajo: puntaje total de 0 a 7; Consumo de Riesgo medio: puntaje total de 8 a 15; Consumo Perjudicial: | Ordinal |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | puntaje de 16 a 19; Dependencia al alcohol: puntuación de 20 a más | |
|--|--|--|--|--|

1.2.4. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la asociación existente entre niveles de depresión y trastorno por consumo de alcohol en una muestra de adolescentes en Arequipa que están cursando estudios preuniversitarios, abril – junio de 2024?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en una muestra de adolescentes en Arequipa que están cursando estudios preuniversitarios, abril - junio de 2024?
- ¿Cuáles es la frecuencia de consumo de alcohol en una muestra de adolescentes en Arequipa que están cursando estudios preuniversitarios, abril - junio de 2024?
- ¿Cuáles características sociodemográficas están asociadas a la depresión en una muestra de adolescentes que se encuentran cursando estudios preuniversitarios?
- ¿Cuáles características sociodemográficas tienen una asociación con el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios?

1.2.5. Método y tipo de investigación

De campo

1.2.6. Nivel de investigación

Descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple

1.3. Justificación del problema

1.3.1. Justificación científica

El presente estudio tiene el objetivo de encontrar la relación que existe entre los niveles de depresión y el consumo de sustancias alcohólicas en adolescentes preuniversitarios, la importancia de la información radica en la elaboración futura de estrategias de prevención para evitar el desarrollo de trastornos del ánimo, así como trastornos por consumo de alcohol, y de todas las enfermedades consecuentes de estos dos trastornos y su asociación. Estas estrategias de prevención a su vez ayudaran a disminuir el porcentaje de Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

1.3.2. Justificación social

La consecuencia de un consumo de riesgo de alcohol tiene en las personas problemas conocidos, como: violencia familiar, embarazos en adolescentes no deseados, accidentes de tránsito, aumento de la delincuencia; ha esto se suma las enfermedades por consumo de alcohol (aumento de cáncer temprano, problemas hepáticos y gástricos), además que si vemos el grupo de estudio son personas que aun física y biológicamente no han culminado su desarrollo, lo cual implica que se agraven todo las consecuencias antes mencionadas. Por otro lado, tenemos que la depresión causa sufrimiento a quienes la padecen y limita sus funciones laborales, escolares, familiares y sociales siendo también un factor de riesgo para el suicidio en este grupo etario, por ello es importante para la población conocer la relación que hay existe entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes.

1.3.3. Justificación contemporánea

Los trastornos del estado de ánimo así como los trastornos por consumo de alcohol cada vez son más frecuentes en la población y actualmente su aparición es a más temprana edad, es por ello, que actualmente vemos cuadros de depresión mayor (DM) en niños y adolescentes, los estudios revelan que en la actualidad estos trastornos de depresión mayor estarían comenzando desde los 10 años, el mismo fenómeno se puede observar en el inicio de consumo de alcohol, que en promedio se da a los 12 años, además hay adolescentes que padecen de ambos trastornos, por consiguiente este tema sigue siendo un problema vigente en la salud.

1.3.4. Factibilidad

La presente investigación sobre los niveles de depresión y su asociación a trastornos por consumo de alcohol en adolescentes es un estudio viable por disponer de los recursos económicos, humanos y fuentes de información para poder llevarse a cabo.

1.3.5. Interés personal

Siendo una persona que ha pasado por esta etapa de la adolescencia soy consciente que los jóvenes actualmente aprenden una copiosa información, con mayor complejidad, en un tiempo menor y siendo a una temprana edad. Estas exigencias pueden conducir a que en un futuro se expresen trastornos psiquiátricos ya sea en la etapa de la niñez y/o de la adolescencia. Esta última etapa mencionada, es base importante para la formación de su identidad, identidad que se ve fuertemente influenciada por medios de comunicación que muchas veces no tienen filtros de temas que deberían ser manejados con más cautela en estas edades, como es el consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias perjudiciales para la salud, teniendo en consideración lo mencionado podemos decir que los adolescentes pueden adoptar actitudes y comportamientos poco saludables e inadecuados como lo es el consumo de alcohol además de actitudes que atentan contra su vida como manejar un vehículo en estado de ebriedad o consentir relaciones sexuales en el mismo estado de embriagues exponiéndose a Infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos adolescentes no deseados.

2. Objetivos

2.1. General

Determinar si existe asociación entre los niveles de depresión y el trastorno por consumo de alcohol en una muestra de adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios.

2.2. Específicos

- Identificar el nivel de depresión en adolescentes que se encuentran cursando estudios preuniversitarios.
- Calcular la frecuencia de trastorno por consumo de alcohol en una muestra de adolescentes que se encuentran cursando estudios preuniversitarios.
- Determinar las características sociodemográficas que están asociadas a la depresión en una muestra de adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios.
- Identificar las características sociodemográficas que guardan relación con el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios.

3. Marco Teórico

3.1. Trastornos del estado de ánimo

3.1.1. Depresión mayor y otros trastornos depresivos

3.1.1.1. Definición

- El trastorno de depresión mayor (TDM) se expresa como un periodo que dura por lo menos 2 semanas donde la persona presenta ánimo depresivo, irritable y/o pérdida de placer o interés en todas o la mayor parte de las actividades que se realizan en un día. Se asocia a síntomas vegetativos como alteración en el apetito, sueño, energía y nivel de actividad; también está asociado a síntomas cognitivos como dificultad para concentrarse, ideas de inutilidad o culpabilidad, pensamientos suicidas. El TDM se clasifica en leve, intermedio y grave y va a depender de la manifestación de los síntomas, si son ligeros y controlables que producen un deterior mínimo de la función o por lo contrario su manifestación es importante y no controlable la cual interfiere totalmente con el funcionamiento de la persona.

- El trastorno depresivo persistente TDP o distimia es un estado de ánimo deprimido con intervalos donde el estado depresivo se encuentra más días de los que está ausente, durante mínimo un año. Encontramos síntomas cognitivos y vegetativos de menor grado que en la depresión mayor como baja autoestima y desesperanza en vez de inutilidad y pensamientos suicidas. La distimia también puede clasificarse en leve, moderada y grave.
- El TDM y el TDP son manifestados en los niños con conductas de: irritabilidad, disminución de actividad y energía, mientras que en los adolescentes se manifiesta más en los cambios de apetito y alteración del sueño
- El trastorno afectivo estacional: se caracteriza por manifestarse de manera cíclica, coincidiendo con determinadas estaciones del año. Habitualmente, sus síntomas comienzan a evidenciarse a finales del otoño o al inicio del invierno, y tienden a disminuir o desaparecer durante la primavera y el verano.
- La depresión con síntomas psicóticos: constituye una forma severa de depresión en la que, además de los síntomas propios del trastorno depresivo, la persona experimenta manifestaciones psicóticas, tales como creencias infundadas y persistentes (delirios), pensamientos perturbadores y/o percepciones alteradas de la realidad, como escuchar voces o ver imágenes que no son percibidas por los demás (alucinaciones) (10).

3.1.1.2. Epidemiología

Según la OMS la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, hablando en porcentajes 3,8% de la población la padece, dentro de esta tenemos un 5% que se presenta en adultos entre hombres y mujeres (4% en varones y 6% en mujeres) y 5,7% en los adultos mayores; y en otras etapas como la adolescencia es más bajo pero es igual de relevante, si bien es cierto que el trastorno de ansiedad es sin duda el primer trastorno a tener en cuenta en la adolescencia, la depresión es el segundo trastorno en esta lista, teniendo así: 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y 2,8% de 15 a 19 años, padecen depresión. Este porcentaje traducido en cifras numéricas sería 280 millones de personas aproximadamente que tienen depresión y como consecuencia de ello

se estima que 700 000 de ellas terminan quitándose la vida, teniendo una mayor repercusión en la adolescencia donde el suicidio se encuentra en cuarto lugar de pérdidas humanas en el grupo etario de 15 a 29 años (1).

En los EE. UU La prevalencia de depresión en niños de 12 a 17 años, referidas por sus padres es de 2,1% actual y de 3,9% en cualquier momento. En cuanto a la relación por sexo entre niño y niña sería de 1:1 en la infancia y adolescencia, mientras que en la edad adulta sería a razón de 1: 3 (9).

En el Perú en el año 2012 se llevó a cabo un estudio epidemiológico de salud mental donde se encontró una prevalencia de depresión en la población de 17,3%, una incidencia anual de 6,2% y a los 6 meses de 4,6%. En este mismo año los trastornos mentales alcanzaron el primer lugar con un millón de AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad) y dentro de este grupo la depresión fue la enfermedad que mayor carga genero 3,9% del total que se traducir en 224 535 de AVAD. Luego de dos años, en el 2016 los trastornos mentales volvieron ocupar el primer puesto con 668 114 de AVAD que sería el 12,7% del total y nuevamente dentro de este grupo la principal enfermedad sería la depresión con 4,3% del total, que serían en cifras 218 277 de AVAD. En el año 2020 se hizo un estudio en los 24 departamentos del Perú, donde la depresión seguía ocupó uno de los 10 primeros puestos con mayor carga de enfermedad, obteniéndose como resultados a nivel nacional 162 822 de AVAD a causa de la depresión, que sería el 3,1% del total de AVAD, es importante también mencionar que los departamentos que presentaron mayores cifras fueron Tacna, San Martín, Lima Y Moquegua en ese orden (11,12).

3.1.1.3. Etiología

Es heterogénea. La evidencia científica actual propone la interacción entre factores biológicos (dentro de este también estaría incluido los factores genéticos), los factores psicológicos y los ambientales (13).

3.1.1.3.1. Factores Biológicos

Se integra a estos, la genética, que se encuentra respaldada por estudios realizados en gemelos donde se determinó una concordancia para los trastornos del estado de ánimo entre 65 a 67% en gemelos monocigotos frente a un 20% en los dicigotos, además se observa una transmisión bidireccional de padres a hijos y de hijos a padres, se puede presentar en otros tipos de parentesco, pero es mayor en familiares de primer grado. En la tabla 1 se mostrará los otros modelos biológicos que intervienen en la etiología de la depresión (14).

3.1.1.3.2. Factores Psicológicos

La teoría cognitiva apoyan que una persona con un estilo atribucional negativo, caracterizado por pesimismo y desesperanza con el tiempo desarrolla un trastorno depresivo pudiendo ser en la juventud o en su adultez, aquí también encontramos la “Triada cognitiva de Aaron Beck” que consiste en una percepción negativa de uno mismo, interpretación negativa de las experiencias y la aprehensión negativa del futuro. Por último, la “teoría de la indefensión aprendida” donde explica que la depresión es consecuencia de la incapacidad de una persona para hacer todo lo que está a su alcance con el fin de controlar y cambiar los sucesos negativos en su vida, con una actitud de resignación a que estos eventos sigan aconteciendo en su vida (15).

3.1.1.3.3. Factores Ambientales

La experiencia de acontecimientos negativos como por ejemplo la pérdida de un progenitor antes de los 11 años, se considera a menudo un factor precipitante (14,15).

Cuadro 1
Modelos Biológicos de la Depresión

| MODELOS BIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN | TEORÍAS |
|---|---|
| NEUROTRANSMISORES | Teoría de las monoaminas: Deficiencia de la serotonina, noradrenalina y dopamina. |
| | Hipótesis del Glutamato: Niveles elevados de glutamato intracelular y extracelular, relación con el ánimo triste. Los niveles bajos de glutamina están relacionados con la anhedonia. |
| | Hipótesis del GABA: Concentraciones bajas del GABA están relacionados con disminución de la serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA). |
| HORMONAL | Disfunción del eje Hipotálamo Cortico Adrenal: Prueba positiva de supresión de dexametasona, la depresión es un proceso inflamatorio crónico. |
| | Disfunción Tiroidea: Existe hiperreactividad del sistema inmune, anticuerpos antitiroideos en los pacientes con cuadro afectivo. |
| INMUNOLÓGICA | Alteración en la respuesta inmunológica cerebral: Alteración en la respuesta de la glía – disfunción del factor neurotrófico cerebral (BDNF) |
| GENÉTICA | Polimorfismo genético: Alteración en los polimorfismos de los genes de BDNF, CRH-RI, HTRD2A, TPH2, en pacientes deprimidos. |
| | Epigenética: Existe relación entre los estresores prenatales y posnatales en la metilación del DNA que se encarga de codificar el BDNF, influye en el tamaño del hipocampo, la corteza prefrontal y la amígdala y cíngulo anterior. |

Nota: Nogales et al, (15).

3.1.1.4. Fisiopatología

Los estudios de la acerca de la etiología, fisiopatología y tratamiento de la depresión se han visto truncados, debido que, hasta el día de hoy el diagnóstico de depresión sigue siendo subjetivo, haciendo de que muchos estudios que desean encontrar la etiología y la fisiopatología de la enfermedad queden sin finalidad alguna. Pese a lo mencionado actualmente se tiene unos avances sobre el tema, sabemos que el origen de la depresión mayor (DM) es la interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales que eventualmente se ha visto que alteran la cito estructura, la bioquímica y la función de áreas específicas del cerebro. Por la heterogeneidad de los síntomas de la depresión se sugiera la participación de varias y distintas áreas cerebrales por mencionar 2 de ellas: la corteza prefrontal dorsolateral que se encarga de funciones cognitivas como el razonamiento, la planeación y la toma de decisiones; y por otro lado el área orbito frontal y medial de la corteza prefrontal (CPF) que contribuyen en el componente afectivo del síndrome depresivo ya que participa en la regulación de la experiencia emocional (15,16).

En cuanto a las teorías neurobiológicas hay 2 que han tomado gran valor: la monoaminérgica y la neurotrófica. Para hablar de la teoría monoaminérgica es necesario explicar dos polimorfismos que estarían implicados en la fisiopatología: 1) Polimorfismo G1463A gen para la enzima triptófano hidroxilasa tipo 2 humano hTPH2 y 2) El polimorfismo C-1019G en el gen receptor de serotonina 5-HT 1A. La hipótesis monoaminérgica nos explica que: el síndrome de la depresión se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro principalmente de serotonina y noradrenalina; esta teoría estaba inicialmente respaldada por el mecanismo de acción de los antidepresivos que aumentan el nivel cerebral de serotonina y noradrenalina mediante la inhibición de su recaptura o de su degradación enzimática, actualmente está hipótesis se ha visto más apoyada al observar en algunos estudios de imagen de Tomografía por emisión de positrones (PET) en personas con depresión mayor (DM), una mayor expresión de monoamino - oxidasa A (MAO-A) en la corteza prefrontal, el hipocampo, el tálamo y el núcleo accumbens y el mesencéfalo; otra prueba que afirma dicha hipótesis, es el polimorfismo G1463A en el gen encargado de la enzima triptófano hidroxilasa

tipo 2 humana, que al producirse el cambio de aminoácido por este polimorfismo en el gen la función de dicha enzima se pierde hasta en un 80%, que a su vez disminuye la síntesis de una serotonina estructuralmente adecuada. La hipótesis neurotrófica por otro lado propone que la depresión también se debe a la menor expresión de factor de crecimiento derivado del cerebro (con sus siglas en ingles BDNF), lo que ocasiona una atrofia cerebral, una teoría que estaría asociada a dicha hipótesis es la desregulación en el eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA) a causa del estrés crónico propiciando que el tejido nervioso este mayor tiempo expuesto al cortisol lo que genera inhibición de la expresión de BDNF (17).

Es también importante mencionar la participación del sistema inmunológico que al estar expuesto a factores de estrés ambiental aumenta la señalización de neurocininas IL-1beta, IL-6 y TNF- alfa estos estimulan los receptores de NMDA y del AMPA y el equilibrio de su activación, así como también la disminución de receptores GABA en las neuronas lo que provoca un aumento de la excitabilidad, estos cambios pueden darse por años hasta que inducen la aparición de síntomas depresivos (16).

3.1.1.5. Cuadro clínico

Se distingue por la presencia de episodios en los que predominan emociones y pensamientos negativos, acompañados de deterioro cognitivo y alteraciones en funciones básicas como el apetito, la libido y el sueño. Entre los síntomas más comunes que presenta una persona con depresión se encuentran los sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, inutilidad y culpa, así como una baja autoestima y pensamientos negativos recurrentes, en muchos casos relacionados con la idea del suicidio. En el plano cognitivo, pueden observarse dificultades en la motivación, la atención selectiva y la memoria episódica, junto con una menor capacidad para el pensamiento reflexivo. También son frecuentes la irritabilidad, la disforia y la anhedonia. A estos se suman síntomas de tipo neurovegetativo, como alteraciones en el apetito (aumento o disminución), fatiga, reducción del deseo sexual y trastornos del ciclo de sueño y vigilia. Aunque este conjunto de manifestaciones es característico en adultos, en niños y adolescentes los síntomas pueden variar en cierta medida (17).

El cuadro clínico de la depresión en los niños y en los adolescentes es un tanto diferente como ya se había mencionado, es así como en la primera infancia podemos ver como el principal síntoma es la irritabilidad, mientras que en los adolescentes con depresión podemos observar apatía que es la pérdida de interés y/o anhedonia que es la incapacidad para experimentar placer. A continuación, se mostrará una tabla con los principales síntomas según la edad. (Cuadro 2) (18).

Cuadro 2
Síntomas de depresión en niños y adolescentes según la edad

| EDAD | SÍNTOMAS |
|--|--|
| MENORES DE 7 AÑOS | El síntoma más frecuente es la ansiedad, también manifiestan: llanto inmotivado, quejas somáticas (dolor de cabeza o dolor abdominal), irritabilidad, detención del desarrollo (peso para la edad cronológica, desarrollo psicomotor y emocional), pérdida de interés en juegos habituales, cansancio excesivo o por lo contrario aumento de actividad motora y abulia. También podemos encontrar fobias escolares, así como trastorno de eliminación (encopresis y enuresis), además de rechazo escolar. |
| NIÑOS DE 7 AÑOS HASTA LA EDAD PUBERAL | Los síntomas se dividen en 3 esferas: a) La afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. b) Cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento académico, sensación de estar superado por las exigencias, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela, y en la relación con sus iguales. c) Somática: quejas somáticas (cefalea, dolor abdominal), trastornos de esfínteres, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias), astenia, fatiga, bajo de peso para su edad cronológica y disminución o aumento de apetito. |

ADOLESCENTES

Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal. Aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y de otras sustancias irritabilidad, inquietud mal humor, agresividad, hurtos, deseo o intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptados, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos de suicidio. Es frecuente que los trastornos del estado ánimo estén asociados a otros trastornos como: trastornos disociados, déficit de la atención, trastornos de la ansiedad, de abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Nota: Martínez, (18).

3.1.1.6. Factores de Riesgo y Protectores

Dentro de los factores de riesgo para la depresión, encontramos como uno de los principales el carácter hereditario, estudios en gemelos monocigotos arrojan una tasa de concordancia de 40 a 65 %, este carácter hereditario es de 2 a 4 veces mayor en familiares de primer grado que pueden ir de forma descendente de padres a hijos como ascendentes de hijos a padres. Además de la genética, tenemos otros factores especialmente los problemas psicosociales de larga evolución como: los abusos físicos y sexuales, abandono, enfermedades crónicas, problemas escolares (acoso y fracaso escolar), separación o discordias familiares, trastornos psicológicos y violencia doméstica. Los estudios también revelan que el ambiente es otro factor importante ya sea como factor de protección o de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes no así en los adultos. Los factores de protección que se han podido obtener de estudios son: las buenas relaciones entre los padres, el buen funcionamiento familiar, la supervisión y vigilancia de los padres a los hijos, los grupos de compañeros, un mayor coeficiente intelectual y aspiraciones educativas (9).

3.1.1.7. Comorbilidad

El trastorno depresivo mayor y el TDP con frecuencia aparecen con otros trastornos psiquiátricos, se conoce que hasta en un 40 a 90% de los adolescentes con trastorno depresivo padecen de otros trastornos psiquiátricos y que hasta en un 50% presentan de 2 a más trastornos, entre estos encontramos como más frecuente: el trastorno de la ansiedad, seguido de trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de la alimentación, conducta desorganizada y Trastornos por uso de sustancias (TUS). El desarrollo de la depresión puede anteceder o preceder a estas otras comorbilidades (9).

3.1.1.8. Cribado e Intervención precoz

La intervención precoz se dará los adolescentes que acuden a una atención primaria, se les debe realizar un cribado para detección de depresión, si la encuesta es positiva, se les brindara la oportunidad de hablar con el pediatra sobre el tema, es el pediatra quien valorara el comienzo, la duración, el contexto y la gravedad de los síntomas y el peligro de deterioro funcional o peligro inminente como riesgo de suicidio, psicosis, y abuso de sustancias. Si no existe peligro inminente o deterioro funcional significativo se puede hacer una cita en 1 o 2 semanas y se le realizará un cribado para el diagnóstico de depresión con ello se tomará las decisiones para la conducta a seguir. Si los síntomas son leves, controlables y no provocan deterioro funcional ni peligro inminente además que no se encuentran factores de riesgo importantes; puede bastar con autoayuda guiada, también se brindara material educativo: folletos, libros, cuadernos, páginas web, entre otros, y se informa también a los jóvenes de cómo afrontar el estrés y a los padres se les aconsejara modificar los factores adversos para el adolescente como: el acoso en el colegio, o problemas matrimoniales de los padres, etc. Sera necesario también agendar citas futuras de control. Si a pesar del manejo de autoayuda guiada no remite el cuadro clínico, el siguiente paso es derivar al paciente a un especialista de salud mental, el especialista brindara psicoterapia de apoyo ya sea individual o grupal; estas psicoterapias se centrarán en el pensamiento positivo sobre uno mismo y el manejo de la conducta. En caso de que el adolescente no haya respondido al tratamiento de 4 a 8 semanas con autoapoyo guiado o por el contrario tengan desde el principio depresión con intencionalidad de suicidio, comorbilidades, antecedentes de familiares con trastornos psiquiátricos o hayan estado expuestos a traumas y demás factores de riesgo deberán ser tratados por un especialista psiquiatra pediátrico. En caso de

depresión moderada a grave será tratado con especialista psiquiatra pediátrico quien le dará psicoterapias protocolizadas y/o fármacos antidepresivos según su juicio. El cribado debe ser dirigido en especial a grupos de riesgo elevado y con ello nos referimos a niños y adolescentes sin hogar, que sientan atracción por el mismo sexo, usuarios de servicios de asistencia social y protección de menores o que sufran adversidades psicosociales conocidas o un estado de ánimo disfórico, entre otros (9).

3.1.1.9. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión es de carácter clínico y requiere la elaboración de una historia clínica exhaustiva que incluya información tanto del niño o adolescente como de sus padres, así como una evaluación detallada del estado mental. Durante la entrevista, es fundamental indagar sobre el episodio actual, considerando los síntomas presentes, su impacto en el funcionamiento general del individuo y los posibles factores etiológicos. Además, resulta esencial explorar, tanto con el menor como con sus padres, la presencia de ideas relacionadas con la muerte o el suicidio. También se debe investigar la existencia de episodios depresivos previos y antecedentes psiquiátricos en la familia. Asimismo, es indispensable llevar a cabo una exploración física completa, junto con análisis clínicos generales, pruebas biológicas y, en caso necesario, estudios de imagen, con el fin de descartar otras posibles causas que puedan explicar el cuadro clínico (18).

Los criterios diagnósticos más utilizados en la clínica son: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) Y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM -5) (19,20).

Cuadro 3

Criterios de gravedad en un episodio depresivo según CIE-10

| <p>Criterios A. Criterios generales para episodios depresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas – El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos | |
|--|--|
| <p>Criterios B. Presencia de al menos 2 de los siguientes síntomas:</p> | |
| Adulto | Niños y Adolescentes |
| <ul style="list-style-type: none"> – Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos 2 semanas. – Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. – Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. | <ul style="list-style-type: none"> – Estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden o no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión fácil triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como (paso al acto), comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En los adolescentes mayores la clínica puede ser similar a la de un adulto. – La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares. – El síntoma de fatiga puede estar expresado: falta de juego con los compañeros, rechazo escolar, o inasistencia a este. |
| <p>Criterio C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que el número total</p> | |

sea al menos de 4:

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivo e inadecuada. - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones - Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. - Alteración del sueño de cualquier tipo - Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso. | <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad similar a la del adulto. - Los niños pueden presentar auto desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente. - Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y gestos), autolesiones (arañazos, cortes, quemaduras, etc.). - Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar. - Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo. - Alteración del sueño - Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo. |
|---|--|

Criterio D. Puede o no haber síntomas somáticos

Los síntomas físicos, como las quejas somáticas son muy frecuente en los niños

- Episodio depresivo leve: están presentes al menos 2 o 3 síntomas del criterio B. Estas personas se encuentran apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- Episodio depresivo moderado: están presente al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. Las personas con depresión moderada van a tener dificultad para continuar con sus actividades ordinarias.
- Episodio depresivo grave: están presentes al menos 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta completar un mínimo de 8 síntomas. Las personas la que la padecen tienen síntomas marcados y angustiantes, principalmente pérdida de autoestima, sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos, tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

Nota: Martínez; Organización Mundial de la Salud, (18,20).

El trastorno depresivo mayor se clasifica en leve, moderado y severo, se diagnostica como leve cuando hay pocos síntomas que provocan un malestar ligero y controlable, la persona puede hacer sus actividades y dan un deterioro funcional menor; mientras que se diagnostica un cuadro depresivo grave o mayor cuando además de estar presente los requisitos para el diagnóstico, están presentes diversos síntomas que provocan malestar importante y no son controlables, interfiriendo acusadamente en el funcionamiento de la persona, en este cuadro hay constantemente ideas como actitudes suicidas y pueden o no haber síntomas psicóticos. Por último, la depresión moderada es aquel estado que se encuentra intermedio entre el cuadro leve y el severo. A continuación, en el Cuadro 4 se presentan los criterios diagnósticos de DSM-5 para la depresión mayor y el Cuadro 5 se presentan los criterios de diagnóstico del trastorno depresivo persistente del DSM-5 (19).

Cuadro 4

Criterios del DSM- 5 para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo mínimo de 2 semanas y representan un cambio de funcionamiento anterior:

1. Estado deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva autoanálisis se siente triste, vacío o sin esperanza o por parte de la observación de otras personas se le ve lloroso. En los niños y adolescentes su estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación del 5 % del peso corporal al mes), o disminución del apetito casi todos los días. En niños considerar la falta de ganancia de peso
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (puede ser una percepción subjetiva pero principalmente debe ser observable por otras personas)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada que puede llegar a ser delirante casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad de poder concentrarse o pensar o tomar decisiones casi todos los días. (ya sea por observación subjetiva o de otras personas)
9. Pensamientos de muerte recurrente (no solo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado o intento de suicidio o pensamiento suicida con plan específico para llevarse a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro en lo social, laboral o/y otras áreas de funcionamiento

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de

otra afección médica.

NOTA: Los criterios A, B y C representan un episodio depresivo mayor

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco

Nota: Kleigman et al; American Psychological Association, (9,19).

Cuadro 5

Criterios del DSM5 para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente

A. Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, está presente más días de los que está ausente ya sea una observación subjetiva o de otras personas y debe estar durante 2 años como mínimo.

Nota: En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia durante la depresión de 2 o más síntomas siguientes:

- Poco apetito o sobrealimentación
- Insomnio o Hipersomnia
- Poca energía o fatiga
- Baja autoestima
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

C. Durante el periodo de 2 años o en de un año en adolescentes y niños, la persona nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presentes durante 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos causados por una sustancia o a otra afección médica.

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

Nota: Como los criterios para un TDM incluyen 4 síntomas que no están en la lista de síntomas del TDP, un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido más de 2 años, pero no cumplirán criterios para un TDP. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un diagnóstico de TDM se hará el diagnóstico de este, pero de no ser así está justificado el diagnóstico de otro trastorno depresivo o de un trastorno depresivo no específico

Nota: Kleigman et al; American Psychological Association, (9,19).

Es importante hacer un cribado de los adolescentes que acuden por atención primaria, las preguntas deben de ir dirigidas entorno al estado de ánimo utilizando para ello instrumentos específicos para detectar casos de depresión o si son más pequeños se puede preguntar a los padres por algunos síntomas como: episodios de llanto, irritabilidad, aburrimiento o aislamiento esta debe de ser una entrevista clínica rutinaria. El requisito para que se realice un cribado es que el paciente detectado con depresión tenga seguimiento adecuado; será necesario en grupos de alto riesgo como adolescentes sin hogar, refugiados, atraídos por el mismo sexo, usuarios de los servicios de asistencia social y protección a menores o adolescentes que sufran adversidades psicosociales conocidas (9).

3.1.1.10. Diagnostico Diferencial

Es importante distinguir los trastornos depresivos de otros trastornos psiquiátricos, enfermedades en general y fármacos que pueden generar síntomas de depresión. Dentro del trastorno psiquiátrico tenemos: trastorno de ansiedad, bipolaridad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de espectro autista, los relacionados con traumas y factores de estrés, también los trastornos destructivos, del control de impulsos y de la conducta y los trastornos por uso de sustancias. En cuanto a enfermedades en general, tenemos: las neurológicas como enfermedad de Parkinson, Alzheimer, epilepsia, esclerosis múltiple, infecciones por VIH, neurosífilis, entre otros; también tenemos enfermedades endocrinas como trastornos tiroideos, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, posparto, por mencionar a algunos; otras enfermedades que pueden manifestarse con síntomas depresivos son las infecciones, las neoplasias siendo las más frecuentes las neoplasias pancreáticas y gastrointestinales, anemia, uremia, problemas de crecimiento, trastorno de fatiga crónica, porfiria, enfermedad cardiopulmonar, trastorno del dolor. Por último los fármacos que pueden inducir síntomas similares están los antineoplásicos como la vincristina, analgésico y antiinflamatorios como los opiáceos, indometacina, hormonales como los anticonceptivos orales; esteroideos como la prednisona, los betabloqueantes, entre otros. Hay que tener presente que el diagnóstico de depresión se realiza una vez descartadas todas las causas que podrían explicar los síntomas observados (9,14).

3.1.1.11. Tratamiento

La depresión infante - juvenil con una prevalencia del 2% que aumenta a un 8% en la adolescencia continúa siendo infradiagnosticada, posiblemente por la forma de presentación distinta para cada etapa de desarrollo humano. La importancia actual no solo es un diagnóstico precoz y oportuno; sino también el dar tratamientos efectivos y eficaces para cada grupo etario con ciertas características personales, con dicho tratamiento se conseguirá evitar disfunción social, académica y familiar que conlleven a una alteración psicomotora, y predisponiendo a padecer de trastornos psiquiátricos en la edad adulta (21).

3.1.1.11.1. Tratamiento Psicológico y Psicosocial

3.1.1.11.1.1. Psicoeducación

Esta consiste en la información que se debe brindar tanto al paciente como a sus familiares para informar sobre el trastorno de la depresión sus causas, así como las características de la enfermedad, los tratamientos de los que se dispone, los efectos adversos de los medicamentos. Es importante que las personas sepan que esta enfermedad no es cuestión de solo voluntad, y que si se le indica un tratamiento a largo plazo no producirá dependencia a medicamentos y también es importante educar a los padres como intervenir ante las conductas inadecuadas del menor (15).

3.1.1.11.1.2. Intervención Escolar

Para que el niño o adolescente tenga un funcionamiento adecuado es importa que dentro de esta capacitación educativa también se encuentren los maestros que brinden una flexibilidad y soporte del estudiante. Las estrategias por seguir se muestran en el siguiente cuadro (15).

Cuadro 6
Intervención Escolar

| |
|---|
| Reforzar conductas positivas, siempre utilizando frases que motiven al estudiante. |
| Identificar las habilidades del menor, una vez identificadas hacer que el menor haga uso de ellas. |
| Ayudar con el desarrollo de tareas a pasos pequeños y uso de mensajes positivos. |
| Si tiene actitudes y comportamiento inapropiados, llamar la atención en privado y sin avergonzarlo. |
| Cumplir con las sanciones puestas por actitud o comportamiento inapropiado (sin ponerlo en ridículo ni lastimar su autoestima). |
| Evitar etiquetar o prejuizar. |

Hacer que el alumno se sienta seguro, aceptado y respetado conociendo sus capacidades y limitaciones. Evitar adoptar enfoques competitivos o comparativos para evitar que aparezcan o incrementen los síntomas depresivos.

Culminar las clases de forma amistosa, motivando a los estudiantes a convivir dentro del aula.

Nota: Nogales et al, (15).

3.1.1.11.1.3. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Es un tratamiento seguro indicado para cuadros de depresión leves, moderados y graves, el éxito de este tratamiento radica: en el monitoreo del estado de ánimo del adolescente en cada sesión, la enseñanza de resolución de problemas, descubrir sus habilidades, así como regular su afecto, integrar al adolescente a los módulos de trabajo con la familia o cuidadores, además se brinda psicoeducación sobre la depresión y su tratamiento tanto al menor que la padece como a sus familiares. La TCC aborda los trastornos depresivos por medio del modelo ABCDEF que consiste: A) Identificar el Antecedente o el Activador de las perturbaciones que aquejan al adolescente. B) Creencias respecto a “A”. C) Consecuencias emocionales, conductuales y fisiológicas generadas por “B”. D) Discusión o debate de las creencias irracionales y su asociación con las relaciones emocionales, conductuales y fisiológicas disfuncionales. E) Creencia funcional o Efectiva. F) Sentimiento o emoción adaptativa derivada de “E”. Las intervenciones son secuenciales permitiendo en cada una de ellas el entrenamiento de habilidades específicas, permitiendo ordenar y adquirir aprendizaje desde la primera sesión. Las sesiones son de dos tipos: las individuales y las familiares. En las sesiones individuales se busca evaluar el estado de ánimo del paciente, programar actividades, asignación de tareas fuera de las sesiones, revisión de agenda, entrenamiento, conclusiones y evaluación de estas. Las sesiones familiares tienen una finalidad de apoyar el tratamiento general por lo que son intercaladas con las sesiones individuales. En total son de

15 a 20 sesiones sin incluir las sesiones de seguimiento semanal y mensuales para comprobar el adecuado funcionamiento del paciente incluyendo conductas adaptativas y resolutivas ante las actividades que se vayan presentando, así se evitan recaídas durante el proceso (15).

El tratamiento cognitivo conductual TCC según los ensayos clínicos tiene una eficacia moderada de 0,35 y 0,36, con este tipo de terapia se busca enseñar habilidades para resolver problemas, activación conductual, comunicación social y regulación emocional (9).

3.1.1.11.1.4. Terapia Interpersonal

Está relacionada a la terapia anterior. Se centra en las relaciones sociales del individuo y el estado actual de las mismas. Los principales objetivos de esta terapia es disminuir los síntomas depresivos y mejorar el funcionamiento interpersonal del paciente; está conformada por 3 fases: fase inicial, intermedia y de terminación, tiene una duración de 20 sesiones de una hora por semana, las técnicas que se emplean son de exploración, comunicación, propiciación de los afectos. En la Fase Inicial se realiza una revisión de los síntomas, relaciones presentes y pasadas y se indaga si la depresión está relacionada con el contexto interpersonal. Se determina el área del problema y los objetivos del tratamiento; se explica los supuestos de la terapia interpersonal y se hace firmar un contrato al paciente. Fase Intermedia: Se considera a la depresión en relación con una de las 4 áreas: 1) duelo, 2) disputas interpersonales, 3) transiciones de rol 4) déficits interpersonales, se indaga si hay relación con alguna de estas cuatro áreas y cuál es la relación. Por último, la Fase de terminación: Se aborda 2 semanas antes de culminar con la terapia para que el paciente reconozca su independencia, se pueden propiciar reacciones emocionales con la finalidad de evitar que el menor interprete estas como recaídas a la culminación del tratamiento (15,9).

3.1.1.11.1.5. Terapia Conductual

El propósito de esta terapia es modificar, mediante técnicas, estrategias y un repertorio conductual aquellas actitudes y conductas que dificulten la interacción de la persona con su medio y le ayuda implementar actitudes que le permitan adaptarse a su entorno familiar, social y escolar beneficiando su desarrollo integral. Está indicado para la depresión leve y consta de 20 a 25 sesiones que duran 60 minutos y son una vez por semana. Esta terapia inicia con un análisis funcional detectando las conductas diana o blanco y los eventos pre y post secuenciales que refuerzan la misma. Luego se selecciona la técnica adecuada que se utilizara para la adquisición, mantenimiento o eliminación de conductas (15).

3.1.1.11.1.6. Terapia familiar

Según la opinión de especialista esta terapia es mejor reduciendo la depresión y el funcionamiento familiar por lo que muchos especialistas creen que puede ser mejor que la TCC, pero por la heterogeneidad de los resultados revelados en algunos estudios no se recomienda como primera línea, por lo cual la terapia familiar basada en el apego así como la Terapia Cognitivo Conductual Individual están recomendadas como segunda línea cuando las necesidades del niño o del adolescente lo demanden, luego de a ver recibido TCC o Psicoterapia Interpersonal (9,22).

3.1.1.11.2. Tratamiento Psicofarmacológico

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), siguen siendo los fármacos más eficaces para tratar los cuadros depresivos infante - juvenil tanto por su eficacia, como por los pocos efectos adversos y por su seguridad en caso de sobredosificación. La fluoxetina fue el primer fármaco en ser aprobado por la “Food and Drugs Administration” (FDA) para el tratamiento de depresión infantil en niños desde los 8 años, los estudios con fluoxetina obtuvieron mejor resultado que el placebo y la monoterapia cognitivo conductual, la dosis recomendada es de 5-10mg/d aumentar la misma cantidad cada 2 semanas hasta alcanzar una dosis de mantenimiento de 10 a 20 mg/d, puede llegar a aumentar hasta 60 mg si es que se requiere. El citalopram también consiguió la aprobación por la FDA para el tratamiento

de depresión en los adolescentes de 12 a 17 años. La dosis de inicio recomendada es de 5-10 mg/d hasta un máximo de 20mg aumentada de forma escalonada. En caso de cuadros de depresión asociados a trastornos obsesivos compulsivos tenemos a la sertralina se puede utilizar en niños y adolescentes entre los 8 a 18 años, la dosis inicial va desde los 25 a 50mg/ día que puede ir aumentando de forma escalonada hasta un máximo de 200 mg. Dentro de los estudios realizados con fármacos ISRS se encontró que uno de los fármacos que tenía resultados negativos donde la tasa de riesgo era mayor que la de beneficio fue la paroxetina por lo cual este medicamento está contraindicado en este grupo etario. El tiempo de vida de los ISRS es más corta en los niños y adolescentes que en los adultos por lo que pueden aparecer síntomas de abstinencia, el uso de medicamento implica la vigilancia semanal de la aparición de algunos síntomas no deseados como cambios en la conducta, manía o pensamientos suicidas durante las 4 primeras semanas, los pacientes que han tolerado bien el antidepresivo y no han disminuidos en el 50 % los síntomas a las 4 semanas se puede duplicar la dosis y otra vez se vigilarán los síntomas no deseados hasta cumplir las 8 semanas, transcurrido este tiempo de 8 a 12 semanas si no hay mejoría se tendrá que trasladar al paciente a un centro de salud mental; además es importante saber que en caso de haber remisión de los síntomas igual el tratamiento debe durar por lo menos 12 meses y luego ser suspendido de forma gradual para evitar su recurrencia así como los síntomas de abstinencia. Alrededor del 50% de los pacientes medicados no responden al primer ISRS y un 40% responde luego de a ver cambiado aun segundo medicamento ISRS en monoterapia. La terapia en un joven que presenta depresión psicótica será un antidepresivo además de un antipsicóticos y vigilar la aparición efectos adversos (9).

En cuanto los efectos secundarios de los ISRS tenemos: molestias gastrointestinales, alteración del sueño, principalmente insomnio, diaforesis, cefalea, acatisia, disfunción sexual, inquietud, manía, hipomanía. Los factores que estarían asociados a la pobre respuesta de fármaco sería: gravedad de la clínica, comorbilidades, bajas concentraciones del fármaco,

así como su mala adhesión al tratamiento, conflictos familiares, anhedonia, trastornos del sueño, síntomas maniacos y maltrato infantil (18).

Otros medicamentos como los tricíclicos: la amitriptilina, la desipramina o la nortriptilina en los ensayos realizados en los años 1980 a 1990 no encontraron diferencias de resultados con el grupo placebo, a diferencia de lo esperado encontraron mayores efectos adversos como arritmias, lo cual se necesitó hacer controles de electrocardiograma para el inicio del tratamiento además también se observó: ansiedad, somnolencia, náuseas, vómitos, sequedad de boca, insomnio, visión borrosa, dolor de cabeza, temblor, disfunción sexual, exantema cutáneo, hipomanía, confusión y psicosis. Actualmente los medicamentos inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina no han reportado ni superioridad ni igualdad de resultados con aquellos pacientes medicados con ISRS. Dentro de este grupo de medicamentos los únicos que podrían ser la excepción de este grupo son dos fármacos, cuyos resultados tienen que ser replicados en estudios con una población mayor para comprobar su valía, estamos hablando del bupropión y de la mirtazapina, el primero se estudió en adolescentes con depresión asociado al trastorno de déficit de la atención e hiperactividad TDAH, los resultados fueron favorables con este tratamiento pero al ser la población pequeña necesitan ser corroborados en un estadio más grande. Por otro lado, la mirtazapina también se utilizó para el tratamiento de adolescentes con depresión cuyos resultados también fueron positivos, pero al ser un estudio piloto sin grupo control ni placebo no se certifica del todo su validez (23).

Es importante mencionar que el tratamiento debe tener una duración de 6 a 12 meses; los pacientes con depresión mayor cuyo cuadro ha sido crónico o grave necesitan una duración inclusive mayor de 12 meses. El tratamiento de la depresión tiene 3 fases: a) Fase aguda es el tiempo desde que se inicia el fármaco hasta su respuesta al tratamiento, b) Fase de continuación es necesario para mantener y estabilizar la respuesta positiva para evitar recaídas, c) Fase de mantenimiento solo se plantea para los pacientes que han padecido un cuadro crónico o su evolución ha sido grave y/o prolongada, para prevenir recidivas. Tanto el inicio del tratamiento como el retiro de este debe ser escalonado para evitar síntomas de abstinencia (9).

En el año 2003 se tenían especulaciones sobre un aumento de tasas de suicidio debido al tratamiento de antidepresivos ISRS en adolescentes, estas especulaciones nacieron a raíz de un aumento de suicidios hasta un 18% en ese mismo año que fue asociado al aumento de reportes de ideación suicida en los adolescentes con tratamiento de ISRS por parte de los clínicos, a partir de dicho suceso se realizaron múltiples estudios pero ninguno concluyo que el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS serían los responsables del aumento de ideación y actos suicidas en adolescentes, al día de hoy su uso está reservado para los casos con depresión grave, crónicos o que no hayan tenido resultados después de la terapia inicial por medio de psicoterapia. Los niños y adolescentes con trastornos depresivos leves a moderados pueden ser tratados de forma eficaz con tratamiento ambulatorio, siempre que se mantenga el número de visitas adecuadas durante todas las fases del tratamiento. Se debe hospitalizar a los adolescentes con alto riesgo de suicidio, o con el riesgo de autolesión grave o de auto abandono o con familiares que no puedan controlarlo correctamente o que no puedan llevar al menor a sus consultas. Tener en cuenta que al hospitalizar al menor también pueden generarse efectos perjudiciales secundarios pero importantes, como la pérdida del apoyo familiar y de la comunidad (18).

3.2. Trastorno por uso de sustancias (TUS)

3.2.1. Definición

El Trastornos por uso de sustancias están asociados a 11 clases de agentes farmacológicos: alcohol, anfetaminas, y agentes de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina (PCP), también está un grupo que incluye sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. En un duodécimo grupo estarían los esteroides anabolizantes y el óxido nitroso. El abuso de sustancias causa discapacidad en 60 a 75 % de las personas que abusan de dicha sustancia. Los síndromes generados a causa del uso de sustancias son grandes imitadores especialmente: de los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos y los de ansiedad; por lo cual debe tenerse presente como diagnóstico diferencial, o presentar un trastorno psiquiátrico concomitante con los trastornos por uso de sustancia (TUS) (14).

3.2.2. Clasificación

Según la 5ta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), se les denomina “sustancias” a aquellos compuestos que alteran el buen funcionamiento del cerebro y se llama: “Trastorno por Uso de Sustancias”: a los trastornos provocados por estas. Los criterios para el diagnóstico suelen incluir signos de toxicidad (cambios en el estado de ánimo, conducta y cognición, así como un deterioro en el funcionamiento social y laboral), además puede presentarse también tolerancia o dependencia si el consumo es continuo y prolongado. Los signos y síntomas según el DSM-5 de los trastornos por uso de sustancias, son los siguientes:

- Patrón patológico de consumo de sustancia que lleva al deterioro o angustia clínicamente significativo.
- Consumo concurrente de sustancia en situaciones que representen un riesgo físico como conducir algún vehículo mientras consume una sustancia.
- Consumo continuo que afecta el rendimiento escolar o laboral.
- Desarrollo de tolerancia.
- Síndrome de abstinencia característico para cada sustancia
- Deseo persistente de interrumpir o reducir el consumo de la sustancia.
- Conductas de búsqueda de sustancia (19).

3.2.3. Terminología

3.2.3.1. Dependencia

Hay 2 tipos de dependencia:

- Dependencia conductual: se centra en la actividad de búsqueda de la sustancia asociada a un consumo patológico, con o sin dependencia física.
- Dependencia Física: son los efectos fisiopatológicos de los múltiples episodios de consumo de la sustancia y cuya interrupción del consumo produce un síndrome de abstinencia (19).

3.2.3.2. Abuso

Consumo de sustancias por lo general, mediante autoadministración, de una manera no indicada por los médicos ni aceptada por la sociedad (14).

3.2.3.3. Mal uso

Similar al “Abuso”, pero se suele utilizar más cuando nos referimos a una sustancia prescrita por el médico pero que no es consumida de forma indicada por este (14).

3.2.3.4. Adicción

Consumo repetitivo y aumentado de una sustancia cuya supresión provoca síntomas de malestar y ansiedad por consumir y va induciendo a un deterioro físico como mental. Ese término ha sido sustituido por el de “dependencia”, pero aún se utiliza en el lenguaje coloquial (14).

3.2.3.5. Intoxicación

Es el síndrome ocasionado por el consumo de una sustancia, que altera una o varias funciones mentales como: memoria, orientación, estado de ánimo, juicio y función conductual social o laboral (14).

3.2.3.6. Abstinencia

Es un síndrome específico para cada sustancia que aparece al ser suspendido el uso de la sustancia específica por un tiempo prolongado. Siendo un síndrome expresado con cambios psicológicos, trastorno del pensamiento, de las emociones y de la conducta. Es también llamado síndrome de discontinuación (14).

3.2.3.7. Tolerancia

Es el fenómeno producido por la administración repetida de una misma sustancia que con el pasar de tiempo la aplicación de la misma dosis no produce el mismo efecto en la persona, este fenómeno condiciona que la persona con dependencia busque aumentar cada vez más la dosis buscando el efecto inicial; es decir el efecto que se produjo cuando por primera vez consumió la sustancia en cuestión (14).

3.2.3.8. Neuro adaptación

Cambios neuroquímicos y neurofisiológicos en el cuerpo debido a la administración repetida de una sustancia además que esta neuro adaptación también hace alusión de la capacidad del sistema nervioso para funcionar pese a las altas concentraciones de la sustancia en el cuerpo (14).

3.2.4. Patrones de consumo del Adolescente

Los cambios biológicos, psíquicos y sociales que acontecen en la adolescencia, la necesidad de permanecer a un grupo, de transgredir normas, y la susceptibilidad al rechazo; todos estos factores y demás, serían unas de las varias causas que conducen al adolescente a experimentar con variedad de sustancias. Otro factor muy estudiado que estaría relacionado es “la edad”, una variable que está muy relacionada al consumo de sustancias y dentro de esta, “la precocidad” del consumo es un predictor de abuso y dependencia. Otras variables de riesgo de consumo son: Las personalidades que constantemente buscan nuevas sensaciones y tienen la necesidad real de una mayor estimulación, adolescentes con baja autoestima, niveles elevados de inseguridad, poca o nula tolerancia a la frustración, y determinadas creencias y actitudes. El consumo de sustancias en adolescentes es dinámico ya que puede cambiar o progresar con el transcurso del tiempo por lo cual es importante conocer los tipos de consumo que tienen los adolescentes:

- **Uso experimental o social:** Es el consumo de sustancias por necesidad de aceptación del grupo y/o curiosidad por lo desconocido y prohibido.
- **Uso regular:** Consumo de sustancias por efecto agradable o placentero que le causa al menor produciendo un refuerzo positivo, el consumo se torna rutinario y hay una afectación negativa del funcionamiento del adolescente.
- **Trastorno por abuso de sustancias (TUS):** Es un proceso que parte con el aumento de intensidad y frecuencia de consumo, provocando deterioro del funcionamiento del adolescente a nivel personal, familiar y social, el menor se torna más reservado y/o miente para ocultar su consumo, con el tiempo pueden aparecer síntomas de abstinencia. El menor centra su tiempo en la búsqueda y consumo de dicha sustancia(s), pese a conocer las consecuencias negativas; llegando con el tiempo a cumplir con los criterios de diagnóstico para el TUS según el DSM-5 o el CIE-11 (24,25).

3.2.5. Diagnóstico

El consumo de sustancias en los menores es de suma importancia debido a las consecuencias perjudiciales, es por ello que la atención primaria juega un papel protagónico ya que es el lugar donde más contacto se tiene con el menor, y el personal de salud puede detectar estos casos y realizar una intervención temprana. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de cribados anualmente junto con los exámenes físicos que se les realiza a los menores. Fuera de la Atención Primaria hay otros lugares donde pueden concentrarse estos casos por lo cual es importante su búsqueda, como: servicios de urgencia, pacientes que no se han hecho chequeos médicos en años, paciente con antecedente de consumo de drogas legales, pacientes con otros trastornos psiquiátricos, como: TDAH, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, alteración de la conducta, paciente con antecedente de hurtar dinero de sus familiares; pacientes que presentan problemas de salud por el consumo de alcohol como: enfermedades de transmisión sexual, lesiones o accidentes, alteración del sueño y del apetito, pérdida de peso importante no relacionado a un problema biológico o físico, lesiones cutáneas, alteraciones gastrointestinales y dolores crónicos, dentro de estos problemas asociados al consumo también están los embarazos en la adolescencia; es importante buscar consumo de sustancias en menores con cambios sustancial de comportamiento, con actitudes erráticas e oposicionistas, labilidad del humor, problemas legales, incumplimiento de normas, cambio de amistades, perdida de interés en pasatiempos favoritos y ausentismo escolar. El cribado sirve para la intervención precoz para evitar los problemas graves del consumo de alcohol para ello deben seguirse estos pasos:

- Cribado leve: para la población general de adolescentes para la prevención primaria y detección de casos de riesgo, se debe preguntar sobre el consumo e informar al menor sobre las consecuencias sociales y de salud.
- Cribado más extenso: esta dado para los sujetos identificados en el cribado leve y todo el menor que tengan factor de riesgo.
- Evaluación exhaustiva: en casos que se requiera intervención es importante los métodos de abordaje dependiendo al momento y gravedad de la situación, para la detección del consumo de drogas que puede tornarse complejo ya que el

vínculo y confianza entre el examinar y el paciente puede deteriorarse, adoptando el paciente una actitud hostil u opositora limitando la operación de información.

Para realizar el cribado es importante también conocer los factores de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes como: a nivel personal los rasgos de personalidad, la impulsividad, enfermedades médicas o psiquiátricas; a nivel familiar antecedentes de trastornos psiquiátricos especialmente de TUS y presencia de conflictividad intrafamiliar; por último, a nivel socioeconómico lugar de residencia, relaciones habituales y amistades. Las pruebas de detección como los inmunoensayos en orina no son muy fiables ya que con frecuencia se pueden encontrar falsos positivos como falsos negativos, además de ello tienen limitaciones no pudiendo distinguir la intensidad (un consumo leve de un consumo desproporcionado), tampoco se puede distinguir la frecuencia (un consumo ocasional, de un consumo recurrente), por ello estas pruebas de laboratorio son complementarios a la anamnesis y al uso de cuestionarios y no son pruebas de diagnóstico. Entre las herramientas de cribado más conocidas para el consumo de sustancias en adolescentes tenemos:

- La National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) esta guía propone empezar por 2 preguntas importantes: ¿Tiene amigos que bebieron alguna bebida que contenga alcohol en este último año? y en este último año ¿alguna vez tomo más que un sorbo de cualquier bebida que contenía alcohol?
- CRAFFT: El nombre es un acrónimo que viene de 6 palabras claves del cuestionario: C(car): ¿Has viajado en un coche conducido por alguien que estaba bajo los efectos de alguna sustancia?; R(relax): ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para relajarte o sentirte mejor contigo mismo?; A(alone): ¿Has consumido alcohol u otra drogas estando solo?; F(forget): ¿Alguna vez no has recordado las cosas que hiciste mientras estabas bajo los efectos del alcohol u otras drogas?; F(friends): ¿Alguna vez te ha dicho tu familia o tus amigos que debes reducir el consumo de alcohol o cualquier otra droga?; T(trouble): ¿Has tenido algún problema mientras estabas bajo los efectos del alcohol u otra droga?.

- Adolescent Drugs Involment Scale (ADIS): Es un cuestionario de 12 ítems, que incluye una tabla de medida general de la frecuencia de consumo, no está validada en español.
- Tenemos otros cuestionarios que cubren una amplia variedad de consumo de sustancias y una guía breve de respuestas según los resultados como Brief Screener for Tabaco, Alcohol and other Drugs (BSTAD) y la Screening to Brief Intervention (S2BI).
- Otros cuestionarios más extensos que exploran la presencia de problemas específicos están: Drug Screening Inventory (DSI), el Problem Oriented Screening Instrument for Teenager (POSIT), el Personal Experince Inventory (PEI) y el Personal Experience Sreening Questionnarie (PESQ) este último mide la gravedad del problema y la historia de uso de sustancias.
- También encontramos herramientas específicas para el consumo de cannabis como: Cannabis Problem Questionnaire in Adolescent (CPQ-A)
- El ADI (Adolecent Diagnostic Interview) presenta los criterios de diagnóstico del DSM III R, para el trastorno por uso de sustancias, y también evalúa el funcionamiento del adolescente a nivel personal, escolar y psicosocial.

Una vez que se ha determinado que existe un problema con el consumo de sustancias deja de ser prioridad el principio de autonomía y prevalece el principio de beneficencia. A pesar de presentar un sin fin de cuestionarios para identificar el consumo de sustancias, drogas o tóxicos, cabe recalcar que en caso de dudas o ante signos inespecíficos de TUS o salud mental, se recomienda que el paciente se trasladado con el especialista (24,25).

3.3. Trastorno relacionado al consumo del alcohol

3.3.1. Dependencia y Abuso de alcohol

3.3.1.1. Definición

La dependencia al alcohol es el patrón de consumo compulsivo que genera 3 o más áreas de deterioro importante en un periodo de 12 meses. Estas áreas pueden ser de tolerancia o síndrome de abstinencia además de pasar mucho tiempo consiguiendo dicha sustancia pese a sus efectos físicos o psicológicos adversos y numerosos intentos fallidos de controlar su ingesta. El abuso de alcohol en cambio se define por el consumo de la sustancia en situaciones de riesgo físico, es decir se define por los efectos negativos que causa el consumo exagerado de alcohol, pero no presenta tolerancia, ni abstinencia, ni tampoco el consumo compulsivo como en la dependencia. El abuso de sustancia puede progresar a dependencia y tener episodios de sobriedad e intoxicación (14).

3.3.1.2. Farmacología

farmacocinética aproximadamente el 90% del alcohol es absorbido en el estómago y el restante por el intestino delgado, es de rápida absorción por su hidrosolubilidad, las concentraciones sanguíneas máximas se alcanzan a la media hora. Además, un 90% es metabolizado por el hígado, y el restante se excreta sin modificaciones en el riñón y pulmón. El alcohol es convertido en acetaldehído y luego en ácido acético por el alcohol deshidrogenasa. El cuerpo metaboliza alrededor de 15 ml de alcohol de 40^o en una hora aproximadamente (14).

3.3.1.3. Neurología y neurofarmacología

El alcohol se encuentra clasificado junto a otros sedantes ansiolíticos como las benzodiazepinas, los barbitúricos y los carbamatos ya que producen somnolencia y menor actividad neuronal. Estos fármacos tienen un perfil de intoxicación, abstinencia igual al alcohol y tolerancia cruzada, por lo que puede ser potencialmente letales si se toman juntos. Sobre el mecanismo de acción del alcohol se sabe que producen permeabilidad de la membrana celular, activan los centros de placer o el circuito de recompensa cerebral que se encuentra relacionado con el sistema dopaminérgico, los complejos de receptores de benzodiazepinas, los receptores ionoforos mediados por glutamato que unen el

N metil D aspartato (NMDA) con el sistema opioide endógeno serotoninérgico y gabaérgicos; este sistema o circuito de recompensa es activado y responde a estímulos primarios como la comida o el sexo, pero no son los únicos, el alcohol también produce la activación de este circuito pero lo activa con mayor potencia que los estímulos primarios, si el consumo es crónico su potencia de activación va disminuyendo, contribuyendo así a las emociones negativas y aumentando la cantidad del consumo. Este circuito envía aferencias a la zona cortical prefrontal la cual está encargada de la toma de decisiones y control de los actos impulsivos, estas funciones cognitivas todavía están en proceso de maduración durante la adolescencia, por lo que un consumo de sustancias o tóxicos, más que producir un efecto reforzador inmediato interfiere en el neurodesarrollo del menor. Además, los adolescentes son más sensibles a los efectos adictivos por lo que este consumo de sustancias rápidamente puede adquirir una conducta de abuso y/o dependencia a estas sustancias, por lo general existe una relación inversa entre la edad de inicio de adicción con la gravedad y cronicidad a posteriori (14,24).

3.3.1.4. Epidemiología

Se estima que alrededor de un 20% de hombres y 10% de mujeres tubo criterios de abuso de alcohol en algún momento de su vida y que un 10% de hombres y 5% de mujeres tienen diagnóstico de dependencia grave de alcohol, en cuanto al riesgo de por vida de presentar dependencia es del 10 al 15% en varones y de 3 al 5 % en mujeres. En cuanto a la raza, la raza blanca tiene más alta tasa de consumo un aproximadamente un 56% y el sexo que presenta mayor abuso de alcohol es el sexo masculino con un 60%. Se ha visto que a mayor nivel educativo mayor consumo de alcohol. Por otro lado, las religiones ortodoxas parecen ser un factor de protección para el consumo de alcohol. Se estima que aproximadamente 200 000 muertes por año están relacionadas al abuso de alcohol y 50 % de los accidentes de tránsito se dan por conductores en estado de ebriedad (14).

3.3.1.5. Etiología

Hay información que respalda la influencia genética en el alcoholismo como: los pacientes con parentesco mayor tienen un riesgo cuádruple; también se ha visto que los gemelos homocigotos presentan mayores problemas de alcoholismo, que los gemelos dicigotos; los hijos de personas con dependencia al alcohol que han sido dados en adopción tienen un riesgo cuatro veces mayor y tiene más asociación entre hijos varones con padres con problemas de alcohol. El otro factor que estaría influenciando es: la cultura y la etnia, es por lo que muchos asiáticos al consumir cantidades mínimas de alcohol presentan síntomas de intoxicación. Posiblemente sea la causa porque los grupos étnicos asiáticos y judíos presentan tasas bajas de dependencia alcohol a diferencia de otras etnias como los norteamericanos nativos, los inuit los cuales presentan tasas altas de consumo y dependencia alcohólica (14).

3.3.1.6. Factores de Riesgo y de Protección en el consumo de alcohol

La Edad de aparición de los factores de riesgo puede dictaminar muchas veces el grado de influencia, así como el riesgo de desarrollar una conducta de abuso y/o adicción. Dentro de los factores de riesgo tenemos (26).

3.3.1.6.1. Factores De Riesgo

3.3.1.6.1.1. Factores Macrosociales

Son aquellos factores que facilitan la disponibilidad y acceso a una sustancia. La legalidad de una sustancia es uno de estos factores, así como la falta de supervisión de las compras de bebidas etílicas por menores de edad, esto provoca un aumento del consumo de la sustancia. Asociado a ella tenemos la publicidad indirecta del consumo de sustancia que se pueden observar en películas o series que son vistas por adolescentes, dándoles un mensaje positivo de dichas sustancias y por otro lado la publicidad directa que promocionan varias bebidas alcohólicas (26).

3.3.1.6.1.2. Factores Micro sociales

Estos factores están asociados con el entorno más cercano de la persona; dentro de estas encontramos: La disciplina parenteral excesiva o inadecuada, ambigüedad en las normas familiares, supervisión negligente, estilos educativos inadecuados, hogares desestructurados, falta de reconocimiento y organización familiar rígida; todo ello puede provocar en el adolescente una escasa aceptación y enfrentamiento al mundo adulto. La comunicación es la principal herramienta para todas las relaciones familiares y extrafamiliares, por lo cual una ausencia de comunicación, una falta de libertad de expresión, así como una cadencia en la relación familiar hace que el adolescente pueda encontrar en el consumo de sustancias un escape al malestar provocado por esta inadecuada dinámica en su entorno. Las amistades también juegan un rol importante en estos factores, ya que el adolescente busca constantemente la pertenencia y aceptación del grupo lo que está asociado a un mayor riesgo de iniciación de consumo si este entorno de amigos consume sustancias (26).

3.3.1.6.1.3. Factores personales

Son los factores individuales, ejemplo de estos tenemos: historia de abuso físico o sexual en la infancia, pobre autoestima, trastornos de ansiedad y de estados de ánimo, historia de comportamiento negativo y agresivo en la infancia. Otros factores de riesgo para el consumo de sustancias son: varón, caucásico, con dificultades académicas, no controla sus impulsos, labilidad emocional, tendencia de búsqueda de novedades y escasa percepción de riesgo al consumir dichas sustancias. La falta de conocimientos o la información errónea de la naturaleza de las sustancias, aumenta del consumo cada vez más de adolescentes, la curiosidad nubla el juicio sobre los riesgos que está tomando el menor. Debido a la cantidad de variables que desarrollan un trastorno por uso de sustancias es que se plantea una etiología multifactorial (26).

3.3.1.6.2. Factores Protectores

Se han identificado algunos elementos que disminuyen el riesgo de consumo, dentro de estos tenemos: una buena relación con los padres y cohesión en la familia, la comunicación y apoyo en los padres ante cualquier problema. Además, hay elementos que evitan el inicio de consumo como: el pertenecer a un ambiente saludable no marginal, con habilidades sociales y buen rendimiento escolar, con alta autoestima sin ansiedad ni estrés. Por ello la prioridad en los adolescentes es la prevención de consumo de sustancias, algunas recomendaciones para reducir el riesgo son: información sobre la sustancia y las consecuencias que trae su consumo, fomento de autoestima enseñándole al adolescente a valorarse, respetarse y aceptarse como tal, construir la resiliencia y mostrar al menor que puede apoyarse en su entorno, fomentar actividades recreativas extraescolares como el hacer deporte en el tiempo libre y ocio, enseñarle también al menor que la escuela es una comunidad de apoyo, donde debe sentirse integrados y constantemente participar en el, para el cuidado de ellos mismo así como de los demás (24).

3.3.1.7. Comorbilidad

Los efectos sedantes y su accesibilidad hacen que el alcohol sea utilizado por muchos pacientes que sufren de depresión, ansiedad y otros trastornos psicóticos; para disminuir o abolir los síntomas ya sea porque los fármacos prescritos no reducen sus síntomas o porque no tienen la economía para comprar dichos fármacos. Sin embargo, fuera de ser un buen remedio para estos trastornos puedan a grabar los cuadros volviendo un cuadro depresivo, en un cuadro depresivo ansioso o que un cuadro de bipolaridad presente episodios maníacos que antes no tenía. Las personas que padecen de trastornos de la personalidad en especial la personalidad antisocial son más propensas a padecer dependencia al alcohol (14).

3.3.1.8. Diagnóstico

3.3.1.8.1. Dependencia al alcohol

Los síntomas que pueden observarse en un paciente que presenta dependencia al alcohol son: necesidad de cantidades cada vez más grandes de la sustancia debido al efecto disminuido con la ingesta de la misma dosis en las personas que consumen con frecuencia dicha sustancia, por lo cual necesitan aumentar la dosis para obtener el efecto inicial, a esto se le denomina tolerancia al alcohol; puede presentar además síndrome de abstinencia por dejar de beber alcohol, consumo de la sustancia en cantidad mayor o por más tiempo, esfuerzos en vano tanto del control como de la interrupción del consumo de sustancia, gran cantidad de tiempo empleado para conseguir la sustancia, reducción de actividades que son importantes para la persona debido al consumo de la sustancia. Las estadísticas sobre la evolución clínica de la dependencia al alcohol son: La edad de inicio del consumo de alcohol 13 a 15 años aproximadamente, la primera intoxicación a la edad de 15 a 17 años, la edad del primer problema a causa del consumo 16 a 22 años, el comienzo de la dependencia 25 a 40 años y el deceso de la persona 60 años aproximadamente (26).

3.3.1.8.2. Abuso de alcohol

En el abuso de sustancia se puede observar síntomas como: Incumplimiento de obligaciones por consumo de alcohol, consumo de alcohol en situaciones que representen un riesgo para la vida como manejar en estado de ebriedad, problemas legales además de problemas interpersonales, el término de abuso también puede implicar cronicidad del consumo, por lo tanto, también puede existir abuso de bebidas etílicas asociado a dependencia al alcohol (14).

3.3.1.9. Evaluación

El examinador debe tomar mucha atención al momento de realizar la historia de un paciente que presente trastornos por consumo de alcohol ya que por lo general las personas que son examinadas cuando se les pregunta por el consumo de alcohol suele minimizar la cantidad que consumen. Entre las preguntas importantes están: la frecuencia y el momento en el cual beben, hay que preguntar si presenta amnesia durante la embriagues y si la presenta cual es la

frecuencia de estas lagunas, además es importante preguntar si fuera del alcohol consume otra sustancia, con qué frecuencia y el momento en que lo hace al igual que con la ingesta de alcohol. Siempre se deben buscar signos y síntomas de abuso y/o dependencia de alcohol (26).

El examen físico también se pueden encontrar algunos hallazgos que si bien no son patognomónicos ayudan a confirmar nuestra sospechas diagnosticas como el eritema palmar, contracturas de Dupuytren, telangiectasias faciales, acropaquia e hipertrofia parotídea, preguntar si ha presentado durante el tiempo de consumo accidentes, estos pueden ser: fracturas craneoencefálicas o fracturas costales o accidentes de tránsito por mencionar las más frecuentes y cuál es la frecuencia de dichos accidentes; indagar además sobre problemas sociales o familiares, si tiene peleas ya sea familiares, en el colegio o si es adulto en el trabajo o si falta al colegio o al trabajo. Los exámenes auxiliares también ayudan, pero por si solos no hacen el diagnostico; dentro de estos encontramos: deficiencia de vitamina b12 y/o ácido fólico causando a su vez anemia macrocítica, alteración de las enzimas hepáticas: aumento de la gama glutamiltransferasa (GGT) y la ratio GOT/GPT mayor de 2 en suero, también podemos encontrar elevación de la ferritina e incremento de los depósitos lipídicos en el hematíe. Estos exámenes antes mencionados también sirven de control en el caso de recaídas. Los subtipos de la dependencia alcohólica son:

- Tipo A o Tipo I: Dependencia leve, presentación tardía, pocos problemas relacionados con el alcohol y poca psicopatología.
- Tipo B o Tipo II: Dependencia severa, presentación temprana de problemas asociados al consumo de alcohol, con antecedente de familiares con dependencia o abuso de alcohol, elevado número de elementos estresores, psicopatología grave, consumo de varias sustancias.
- Bebedores sociales: Su consumo de alcohol es moderado, pero bebe todos o casi todos los días en reuniones sociales.
- Bebedores esquizoides o aislados: Estos individuos se caracterizan por beber solos y de forma compulsiva.
- Dependencia del alcohol: Es aquella persona que no puede dejar de consumir bebidas etílicas una vez que ha comenzado (27).

3.3.1.10. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es mantener a la persona sobria de forma prolongada. El tratamiento inicial es la desintoxicación para lo cual el paciente debe ser hospitalizado si es necesario para poder controlar los síntomas de abstinencia, en caso de presentarse trastornos mentales, estos deben ser tratados una vez que el paciente este sobrio. En todo este proceso de tratamiento es frecuente las observar recaídas.

- Introspección (insight): Este proceso es difícil pero imprescindible, para ello el paciente debe admitir que tiene un problema con el consumo de alcohol, es necesario superar la negación para que el paciente pueda colaborar con la búsqueda del tratamiento, también es necesario la cooperación de los familiares, amigos, empleadores los cuales puedan confrontarlo haciéndole saber que puede perder su familia, repetir el año escolar, o en caso de ser mayor de edad con un trabajo puede perderlo y por último siendo una de las cosas primordiales podría perder su salud si continua bebiendo. La terapia individual es útil y más aún la grupal ya que el paciente percibe a la dependencia del alcohol como un problema social y no uno personal o psiquiátrico.
- Intervenciones Breves: Como su propio nombre lo explica, esta intervención puede ser llevada a cabo por el pediatra, el cual ideara un plan para que el adolescentes reduzca su consumo y con el tiempo detenga este; el adolescente tiene la oportunidad de plantearse por única vez el problema de los trastornos por uso de sustancias, por otro lado el pediatra deberá animar al adolescente a cambiar su estilo de vida, sus actitudes de consumo, informarle sobre los efectos negativos del consumo de alcohol y enseñarle sus habilidades para que pueda fortalecerlas. Frente a casos graves tendrá que ser referido al especialista.
- Terapia Cognitivo – Conductual: Esta terapia está basada en el aprendizaje, consiste en modificar pensamientos erróneos y creencias negativas. Se puede combinar con otras psicoterapias.
- Terapia Familiar breve y estratégica: Está enfocada en el sistema, donde la conducta de los integrantes familiares tiene relación con lo que ocurre en el

sistema familiar, se basa en la interacción familiar, debe esta forma se puede influir en los siguientes casos: el abuso de sustancias, problemas de conducta en la escuela y en núcleo familiar, conductas opositoras y antisociales, delincuencia, conductas agresivas y conducta sexual de riesgo.

- **Terapia Motivacional:** Esta terapia busca un cambio en el adolescente mediante una relación empática sin confrontamiento, consta de 4 fases: precontemplativa, contemplativa, preparación, y mantenimiento.
- **Alcohólicos Anónimos (AA) y AI-Anon:** Son organizaciones de apoyo, la primera (AA), es para los pacientes y la segunda (AI-Anon) para los familiares. Ayudan a mantener la sobriedad de la persona y que familia afronte el problema. Como hay una incapacidad de la persona por afrontar su problema con el alcohol en AA se fomenta un apoyo grupal con muchas técnicas de terapia de grupo.
- **Intervenciones Psicosociales:** En esta intervención tiene un gran papel la familia y por lo general tiene mucho éxito, consiste en que la familia describa los efectos del consumo de alcohol sobre los otros miembros de la familia, obligando al paciente a estar sobrio y admitir los efectos perjudiciales que tiene en su familia el problema que tiene con el alcohol.
- **Tratamiento Farmacológico:** El Disulfiram es un fármaco que no está recomendado en la población pediátrica, pero que en algunos casos puede ser valorado, la posología de este fármaco es de 250 a 500mg/día, el disulfiram tiene una actuación pasajera ayuda establecer una patrón de sobriedad duradera, los pacientes que tomen este medicamento experimentan una reacción muy desagradable cuando ingieren incluso pequeña cantidades de alcohol, esto sucede por la inhibición del alcohol deshidrogenasa y produce cefalea, pulsaciones de la cabeza y cuello, rubefacción, disnea, hiperventilación, taquicardia, hipotensión, diaforesis, ansiedad, debilidad y confusión, las complicaciones potencialmente mortales son raras. Están contraindicado en pacientes cardiopatas, con trombosis cerebral, diabetes entre otros. Naltrexona: este fármaco actúa bloqueando la liberación de opioides endógenos por lo cual el paciente ya no presenta esa euforia asociada al consumo de alcohol lo que le permite

reducir su ansiedad por consumirla. La dosis por vía oral es de 50mg/día y por suspensión inyectable de liberación prolongada o por vía intramuscular es de 380mg una vez al mes. Acamprosato: Este medicamento también logra la abstinencia del paciente por mecanismo aun no conocidos, la dosis es de 666mg tres veces al día. Topiramato: Este medicamento es un tratamiento alternativo a los fármacos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), su mecanismo de acción aún no está clara, pero muestra una mayor reducción de ansias por beber en comparación con la naltrexona. En cuanto a la dosis se recomienda una titulación lenta a 25 mg por semanas para evitar los efectos secundarios, la dosis a la que se puede alcanzar es de 200mg/día (14,24).

3.3.1.11. Complicaciones Medicas

El alcohol conduce a complicaciones que tarde o temprano harán su manifiesto. En la siguiente tabla se puede observar las principales complicaciones del alcohol.

Cuadro 7

Principales complicaciones del Alcohol

Efectos Neurológicos: Cefalea, temblores, convulsiones, miopatía alcohólica aguda, disminución o falta de fuerza muscular, neuropatía periférica distal, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro, medula espinal y nervios periféricos, accidentes vasculares encefálicos, mielinos central protuberancial, enfermedad de Marchiafava -Bignami, calambres, dolor en las extremidades, ambliopía, pelagra, intoxicación alcohólica aguda, síndrome de abstinencia.

Efectos en el Aparato digestivo y Glándulas anexas: Glositis, esofagitis, varices esofágicas, gastritis, úlceras gastroduodenal, cáncer bucal, esofágico, gástrico, hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, pancreatitis aguda hemorrágica y pancreatitis crónica, diarrea.

Efectos en el Aparato cardiovascular: Hipertensión arterial, aterosclerosis temprana, cardiopatías, infarto del miocardio.

Efectos en el Aparato genitourinario: Disminución de las hormonas masculinas por afectación del alcohol en el testículo y la hipófisis, disfunción sexual, trastornos vesicales y cáncer de vejiga

Efectos a nivel Psiquiátrico (Trastornos): Depresión con idea y/o conducta suicida, alteración del sueño, alucinaciones auditivas y visuales, delirios de daño y persecución, alteración de la conducta, puede imitar trastornos del estado de ánimo, psicóticos y de ansiedad

Otros efectos negativos (Miscelánea): Anemia microcítica por deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico, inmunosupresión de los alcohólicos sensibles a la vitamina E, síndrome alcohólico fetal.

Nota: Góngora et al, (28).

3.3.2. Intoxicación por Alcohol

3.3.2.1. Definición

La intoxicación etílica o embriaguez es producto del consumo de alcohol reciente en una cantidad no precisa ya que puede variar de persona en persona, pero es lo suficiente para producir trastornos adaptativos o cambios bruscos de comportamiento (28).

3.3.2.2. Cuadro clínico y Diagnóstico

En la intoxicación leve vemos síntomas como: euforia, locuacidad, relajación, desinhibición, pero en intoxicaciones severas los síntomas son: agresividad, irritabilidad, labilidad emocional, alteración del juicio; por mencionar algunos. Los signos que pueden presentar son: habla arrastrada, falta de coordinación, nistagmo, marcha inestable, alteración de la memoria y estupor; cuando la intoxicación es severa se presenta: retraso psicomotor, comportamiento retraído, sufre de amnesia o lagunas, su estado es obnubilado pudiendo pasar al coma o incluso a la muerte (28).

3.3.2.3. Evaluación

Se debe realizar una exploración física, exámenes de laboratorio especialmente de pruebas de función hepática, hay que considerar también la presencia de un hematoma subdural o infección asociada, hay que valorar si hay intoxicación por otras sustancias como las benzodiazepinas, barbitúricos y los carbamatos ya que estos medicamentos tienen un efecto sinergia y combinados pueden ser potencialmente mortales. Las cifras de alcoholemia son más útiles en las intoxicaciones legales. En algunos casos de intoxicación pueden aparecer estos cuadros:

- Intoxicación idiosincrática por alcohol: es un comportamiento inadecuado e inusual en una persona que a menudo o es agresivo o es acosador, debido a una ingesta pequeña de alcohol que para muchas personas no motivaría a una intoxicación, las personas que tienen mayor predisposición a sufrir de esta intoxicación idiosincrática son aquellas que padecen de lesiones cerebrales.
- Lagunas alcohólicas (Blakouts): Es una amnesia anterógrada que sufre una persona con intoxicación alcohólica, puede extenderse varios días y la persona en su estado de embriaguez puede realizar tareas complejas de las cuales no se recordara nada luego, al igual que en la anterior las personas más predispuestas son aquellas con lesiones cerebrales (14).

3.3.2.4. Tratamiento

Por lo general es solo de soporte, en algunos casos será necesario administrar tiamina, vitamina B12 y Ácido fólico, se debe vigilar posibles complicaciones: coma en traumatismos craneoencefálicos, traumas costales, por mencionar algunos, para lo cual se deberá dar su respectivo tratamiento. Una urgencia médica es la intoxicación idiosincrática debido al potencial daño que puede ocasionarse la persona así mismo o en general a otras personas, en estos casos se puede administrar: Lorazepam 1 a 2 mg VO o IM o Haloperidol de 2 a 5 mg por VO o IM utilizado en caso de agitación, en caso de ser necesario se puede inmovilizar o realizar sujeción mecánica (28).

3.3.2.5. Complicaciones

Se observa accidentes tránsito, traumatismo por lo general traumatismos craneoencefálicos, costales, entre otros; actos violentos, homicidio y suicidio (14).

3.4. Adolescencia

3.4.1. Definición

Es una etapa de la vida conformada por personas que se encuentran entre el rango de edad de 10 a 20 años, las cuales cursan con cambios a nivel físico, psicológico y social, producto de las hormonas que en esta etapa ya se empiezan a sintetizar, en otras palabras, las hormonas son sustancias las cuales se fabrican al interior del cuerpo, y se encargan de realizar la transición de la infancia a la vida adulta. La adolescencia está dividida en 3 periodos: temprana, media y tardía y en cada uno de estos periodos podemos encontrar diferencia entre sus áreas de: desarrollo biológico, cognitivo y moral; y dentro de las cuales tenemos: el concepto de sí mismo, relaciones con la familia los compañeros, la sociedad; y la sexualidad (29).

3.4.1.1. Etapas de la Adolescencia y características psicosociales

3.4.1.1.1. Adolescencia temprana

Comprende a los jóvenes que se encuentran entre los 10 a 13 años:

- Desarrollo cognitivo y moral: En este periodo el adolescente pasa de un pensamiento operacional concreto el cual le permite procesar y describir los objetos del mundo físico para entrar en un pensamiento abstracto, aunque en ciertos momentos debido a presiones emocionales retorna a ser un pensamiento concreto y/o mágico. Su desarrollo moral va casi de la mano con el pensamiento cognitivo. En esta etapa los conceptos de lo correcto y de lo erróneo son tomados como absolutos e incuestionables.
- Concepto de sí mismo: Debido a que en la pubertad el cuerpo se ve sometido a varios cambios somáticos la conciencia del propio yo, va aumentando exponencialmente, la percepción del yo es más externo debido a su apariencia que está en constante cambios lo cual le hace pensar en que todos lo observan. Los medios de comunicación junto con el internet la forma en como muestran el sexo, la violencia y el abuso de

sustancias han hecho que muchos adolescentes comiencen con problemas en la percepción de su imagen desencadenando trastornos de la alimentación, trastornos por el uso de sustancias y trastornos del estado de ánimo.

- Relaciones con la familia, compañeros y sociedad: En esta etapa de la adolescencia hay una independencia de los padres como de sus normas y se busca más la aceptación de sus pares, personas del mismo sexo y edad, que la de sus progenitores, el adolescente constantemente busca modelos a seguir que no están en el núcleo familiar, se forman las amistades; en el caso de las amistades femeninas son más de compartir confidencias a diferencia de las amistades masculinas se centran en actividades que implican competencias (29).

3.4.1.1.2. Adolescencia Intermedia

Comprende a jóvenes entre los 14 a 16 años

- Desarrollo cognitivo y moral: En este periodo el adolescente tiene un pensamiento lógico formal lo que le permite analizarlo todo, el joven ahora puede analizar su mundo viendo más allá de sí mismo y sus acciones se rigen a los conceptos morales y legales, sus cuestionamientos sobre la moral, lo llevaran a formar sus propios códigos de ética que pueden ser semejar a los de sus progenitores o ser diferentes de estos, esta forma de ver el mundo lo puede llevar a tener efectos dominantes con los demás y consigo mismo.
- Concepto de sí mismo: en este periodo intermedio el adolescente acepta los cambios que se producen en su cuerpo empieza adquirir una identidad y su autoimagen por medio de las opiniones de sus pares, se cuestiona sobre el ¿Quién es? Y ¿Cuál es el motivo de su existencia?, sus sentimientos contantemente son de agitación y sufrimiento internos. La definición de sí mismo en el caso de las chicas lo hacen por las relaciones interpersonales que tienen, mientras que los varones se definen por las capacidades que presentan por lo general en el ámbito deportivo.
- Relaciones con la familia, los compañeros y la sociedad: En cuanto a lo familiar las relaciones entre el adolescente y los padres se ponen tensas

ya que estos prefieren relacionarse más con sus compañeros, el noviazgo en esta etapa le sirve al adolescente como consuelo de los conflictos familiares, en esta etapa se presenta la adolescencia estereotípica, afortunadamente solo alrededor del 20 al 30% presenta dificultad en esta etapa y son estos adolescentes los que necesitaran mayor apoyo. el joven en esta etapa ya tiene una idea más realista de que es lo que desea ser en el futuro respecto a las oportunidades que posee (29).

3.4.1.1.3. Adolescencia Tardía

Comprende a los jóvenes entre los 17 a 20 años

- Desarrollo psicosocial: Tienen una imagen corporal ya casi definida, su proceso cognitivo ya no está centrado en uno mismo sino en la sociedad así tenemos pensamientos de justicia, patriotismo e historia. Los jóvenes están más centrados en planes a futuro, se trazan metas, trabajan de forma comprometida y son independientes. Empiezan a formar parte de grupos religioso como políticos que prometen respuestas a preguntas complejas. Comienza la vida laboral y las relaciones que puede hacer en este ámbito. Los noviazgos ya no son superficiales, las parejas se vuelven más sólidas basadas en su compromiso y amor (29).

4. Análisis de antecedentes investigativos

4.1.1. A nivel local

Título: Habilidades Sociales y Consumo de Alcohol en Estudiantes de dos Instituciones Educativas de Nivel Secundario de la Ciudad de Arequipa

Autor: Durand et al.

Resumen: El objetivo de este estudio es identificar la relación de las habilidades sociales con el consumo problemático de alcohol en los adolescentes de dos instituciones educativas Colegio Santa Rosa de Lima y Colegio Virgen del Carmen de la ciudad de Arequipa. El tamaño de muestra fue de 500 estudiantes donde el 79.8% eran adolescentes mujeres y el 20.2% adolescentes varones entre las dos instituciones, al total de la muestra se les aplicó 2 instrumentos: La escala de habilidades sociales y la prueba de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Para el estudio estadístico se utilizaron pruebas como: prueba T de Student

y el análisis de varianza además de la prueba U de Mann Whitney, la prueba Kruskal Wallis y la prueba Rho de Spearman para la correlación. Los resultados que arrojó el estudio en cuanto las habilidades sociales siendo este asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones; los valores globales de estos cuatro aspectos tenemos: 9% nivel bajo, 22% nivel promedio bajo, nivel promedio 21%, nivel promedio alto 19%, 17% nivel alto, 12% muy alto. En cuanto al consumo de alcohol según AUDIT el 77 % no consume alcohol, el 23 % consume alcohol, pero no tiene riesgos de consumo problemático. El presente estudio concluye que hay una relación inversa significativa entre las habilidades sociales y el consumo de alcohol en adolescentes (30).

Título: Factores Relacionados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de una Academia Preuniversitaria de Arequipa, marzo - 2024

Autor: Mamani, Yoselyn.

Resumen: El objetivo de la investigación fue buscar la relación que existe entre el uso de bebidas alcohólicas con algunos factores como la autoestima, la toma de decisiones y el funcionamiento familiar en adolescentes de una academia preuniversitaria de Arequipa en marzo del 2024. Método: Este estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, y correlacional contó con 257 participantes, adolescentes de ambos sexos entre 16 y 20 años de la Academia Mendel de Arequipa. Se hizo uso del “Test de Identificación de Desórdenes en el Uso del Alcohol (AUDIT)” para evaluar el riesgo de consumo de alcohol y “Test de Autoestima de Rosenberg” para evaluar la autoestima, la funcionalidad familiar fue evaluada por el “APGAR familiar” y para evaluar el grado de toma de decisiones se hizo uso de la “Lista de evaluación de habilidades sociales”. Los resultados del estudio fueron en su gran mayoría de adolescentes de la muestra, que tenían 17 años siendo el 66.10% del total, un 51.40% fueron estudiantes varones, de los 247 participantes el 48.20% presento autoestima alta, y un 57.20% tenía un consumo de alcohol sin riesgo. De la muestra en general 40% presento un consumo de riesgo y 2.3% presento un consumo perjudicial, se encontró además que el 47.7% de adolescentes presentaba una autoestima baja y se encontraba también en un consumo de bebidas alcohólicas de riesgo y el 51.4% de estudiantes que presentaba

una toma de decisiones promedio también presentaba un consumo de riesgo de alcohol. Por último, se llegó a la conclusión que: existe una relación entre abstinencia o consumo de alcohol sin riesgo con los adolescentes que tenían autoestima alta, un adecuado funcionalidad familiar y capacidad de toma de decisiones alta, en una academia preuniversitaria de Arequipa 2024 (31).

4.2. A nivel nacional

Título: Ansiedad y Depresión Relacionada al Consumo de Alcohol en Adolescentes al Regreso de la Presencialidad en la I.E San Fernando 2022.

Autor: Zuta, Lex.

Resumen: Este estudio tiene como objetivo poder determinar si la ansiedad y depresión tienen relación con el consumo de alcohol en una población de adolescentes de la IE San Fernando en el año 2022 luego de regresar a la presencialidad. Método: La investigación tubo un diseño observacional cuantitativo correlacional de tipo transversal. En la muestra participaron un total de 139 estudiantes utilizando un muestreo no probabilístico, los instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico de depresión es “El Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II)”, y para la ansiedad “La Escala de Ansiedad de Hamilton”, y “La Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Alcohol con sus siglas en ingles AUDIT”. La media de los estudiantes fue de 16.2 ± 0.6 años, en la muestra el 51.2% eran varones y los 48.8% restantes mujeres, se encontró que 1:10 tenía ansiedad muy severa, 4:10 ansiedad moderada a grave, el cuanto al consumo de alcohol el 87% manifestó un riesgo de consumo bajo, 7.9% un riesgo medio, y el 1.4% dependencia al alcohol; por último, se encontró que 11.5% tenía una depresión grave, 29.5% una depresión moderada, 24.5% depresión leve y un 34.5% una depresión mínima. Este estudio concluye que existe una relación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.001$ entre el consumo de alcohol en los adolescentes y la presencia de ansiedad y depresión (32).

Título: Consumo de Alcohol y Género en la Población Adolescente Escolarizada del Perú: Evolución y Retos de Intervención

Autor: Cabanillas et al.

Resumen: Este trabajo de investigación tiene como objetivo analizar según el género, las magnitudes y características del consumo de alcohol en población escolar de nivel secundario en el Perú, además brinda recomendaciones e intervención preventiva, así como terapéutica para la población de adolescentes. Para la realización de este artículo se revisó publicaciones especializadas, documentos institucionales y reportes del Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de secundaria de los años 2007, 2009, 2012 y 2017 elaborados por el DEVIDA (Comité Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas). Este informe nos revela que en el Perú la droga más consumida por adolescentes es el alcohol, 29.5% de los menores que aproximadamente 438 000 estudiantes consumió alcohol alguna vez en su vida y 17.5% reporto a ver consumido en este último año. Por otro lado, las características con respecto al género vienen siendo en varones adolescentes menor reactividad al alcohol por lo cual requieren mayor dosis que el sexo opuesto, tienen mayor influencia parenteral como de adolescentes de su mismo sexo, en caso de las adolescentes mujeres presentan mayores problemas asociados al uso de alcohol, su progreso a un consumo problemático de abuso y dependencia es más rápido que la de su opuesto y son más vulnerables a sufrir agresiones sexuales. Si se hace una comparación de los reportes del 2007 y los 2017 reportes emitidos por la DEVIDA se puede observar una disminución de consumo de alcohol en un 50% en varones y un 32% en las adolescentes mujeres. Un hallazgo importante en el 2017 fue la convergencia de género en el consumo de alcohol, de ser los adolescentes hombres los que más consumían en reportes anteriores, en el año 2017 se observó una prevalencia anual superior de uso de alcohol en adolescentes mujeres un 19.5% frente a un 15.5% de varones, por último, en cuanto a consumo problemático, consumo excesivo y embriaguez los adolescentes varones fueron los que presentaron mayor porcentaje. El trabajo de investigación concluye en la observación de una convergencia de género en el consumo de drogas que se viene dando en los últimos años lo cual debe ser tomado como un tema de preocupación de salud pública pero además, debe de aumentarse la cobertura de servicios de orientación y tratamiento del consumo de drogas y poner en marcha los programas articulados de detección temprana, derivación e intervención breve y además se deben establecer acciones para obtener resultados periódicos sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de dichos programas (33).

Título: Depresión y Consumo de Alcohol, en Adolescentes del I.E. Mariscal Ramon Castilla - Piura 2020

Autor: Villareal, María Paula.

Resumen: El objetivo de este estudio analítico transversal es determinar la relación entre la depresión y el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de primero a quinto de secundaria de la I.E. Mariscal Ramon Castilla - Piura 2020. Método: Las herramientas de investigación que se utilizaron fue el “Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)” y para la recolección de datos de adolescentes que consumen alcohol se utilizó “La Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol o test de AUDIT”, para su ejecución se hizo uso de una plataforma virtual donde se realizó la encuesta a los estudiantes. Los participantes fueron 249 estudiantes 57% de sexo femenino y 43% masculino y el grupo etario de 14 y 15 años, fue el que mayor tamaño de muestra presento con 39 % participantes, en cuanto al riesgo medio de consumo se encontró un total de 13% que en su mayoría fue del género femenino, en un 54.3% siendo el restante los adolescentes varones y en el grupo de riesgo psico-físico dependencia se encontró un 10% del total de participantes y de este grupo la mayoría eran varones un 81% y el restante mujeres un 19%. Se encontró además que 58% de los participantes tenían algún nivel de depresión, siendo en su mayoría depresión leve 39%, y solo un 3% depresión severa. En este estudio se concluye: que al realizar la prueba de chi cuadrado se obtiene un $p=0.03$ lo que permite obtener una clara relación entre las variables del estudio, se halló también $OR=2.1$ concluyendo que los estudiantes con un alto consumo de alcohol tienen un riesgo mayor de 2.1 de presentar depresión severa (23).

Título: Consumo de Alcohol y Depresión en Adolescentes de una Institución Educativa de la Ciudad de Cajamarca.

Autor: León, Yuliana; Vigo, Milagros.

Resumen: El estudio que se realizo fue cuantitativo correlacional ya que tuvo como objetivo conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos variables, en este caso: el consumo de alcohol y el nivel de depresión en estudiantes de un colegio de Cajamarca. La población de estudiantes de donde se eligió la muestra estaba conformada por 162 alumnos de 4° y 5° grado de nivel secundaria, de los cuales, se

eligió por muestreo aleatorio estratificado simple a 130 estudiantes, a los cuales se les aplicó los instrumentos de AUDIT “test de identificación de desórdenes en el uso de alcohol” y “el inventario para la depresión de Beck”. Los resultados fueron los siguientes el 40 % del total de adolescentes varones son bebedores de riesgo mientras que solo 34% de adolescentes mujeres se encontraban en este mismo grupo, del grupo de problemas físico psíquico por causa del consumo se encontró un 8% de varones y un 6% de damas y en el grupo de dependencia al alcohol revelo que un 8% de menores varones dependía de dicha sustancia y solo un 2% del sexo femenino, llegando a la conclusión que el grupo de varones liberaba los 3 grupos de consumo problemático de alcohol, en cuanto a la depresión un 24% del total de la muestra de estudiantes presento depresión leve, un 17% depresión moderada y finalmente 6,2% depresión severa. En cuanto a las conclusiones en este estudio no se encontró una asociación entre los adolescentes con problemas de consumo de alcohol y aquellos que presentaban depresión, este resultado fue extrapolada de la prueba estadística de Spearman en la que se obtuvo 0.360 teniendo una significancia menor de 0.05 de lo requerido (34).

Título: Influencia de la Disfunción Familiar y la Depresión en el Inicio de Consumo de Alcohol en Adolescentes – Ica 2015

Autor: Hernández et al.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la influencia de la disfunción familiar y la depresión en el inicio de consumo de alcohol en adolescentes. Materiales y método la investigación fue descriptiva observacional de corte transversal en una muestra de 299 estudiantes elegidos mediante muestreo aleatorio simple. Se utilizaron los instrumentos de APGAR familiar para la disfunción familiar, la prueba de Zung para la depresión y una ficha de recolección de datos. Y como pruebas estadísticas se utilizaron la prueba de chi cuadrado y la prueba de t de student. Resultados: Delos adolescentes estudiados 72.9% consumían alcohol de estos 39.45% fue autoinducido, 33.49% fue por un familiar y 27.06% fue por un amigo; adema de los adolescentes con depresión el 28.9% manifestó haber iniciado un consumo de alcohol. Conclusión: Existe relación entre la depresión y el inicio precoz de consumo de alcohol en los adolescentes (35).

Título: Depresión y Consumo de Alcohol en Adolescentes de la Institución Educativa Parroquial Santa Rosa de Lima Huacho – Lima 2019.

Autor: López, Danery.

Resumen: Objetivo: Determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los adolescentes de la Institución Educativa Parroquial Santa Rosa de Lima – Huacho 2019. Materiales y métodos es trabajo de estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal no experimental con muestreo probabilístico estratificado. La población estuvo conformada por 450 adolescentes de los cuales 142 conformaron la muestra de estudio. Para este estudio se utilizaron los instrumentos: Inventario de Beck II para la depresión y una prueba objetiva para el consumo de alcohol la cual fue validada, además se utilizó la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado y el programa estadístico que se utilizó fue el software SPS 20. Resultados: Se encontró que 40.8% presenta depresión leve, 38.7% depresión moderada, 19% depresión severa, además se determinó que 54.2% tenía un consumo de riesgo medio en factor individual, 55.6% de la dimensión familiar tenía un riesgo medio de consumo, de la dimensión escolar un 47.2% tenía el mismo riesgo y de los medios de comunicación 62% también tenía un consumo de riesgo medio. Conclusión: Se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y el consumo de alcohol (36).

Título: Depresión, Disfunción Familiar y Consumo de Alcohol Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes de 3ro a 5to de Secundaria del Colegio Milagro de Fátima-Huánuco 2022

Autor: Robles, Alexis.

Resumen: Objetivo: Determinar la relación entre la depresión, la disfunción familiar el consumo de alcohol y la ideación suicida en estudiantes del Colegio Milagro de Fátima de Huánuco. Materiales y métodos: Este estudio estuvo conformado por 185 estudiantes adolescentes de tercero a quinto de secundario los cuales fueron escogidos por muestreo probabilístico aleatorio simple. Los instrumentos de investigación fueron para depresión la escala de Reynolds, escala de APGAR familiar para la disfunción familiar, el cuestionario de AUDIT para el consumo de alcohol y la escala de ideación suicida de Paykel; para el análisis de datos se utilizó el software SPSS. Resultados: De los estudiantes analizados 37.8% presentaba ideación suicida, 67% presentaba depresión,

17.8% presento disfunción familiar severa, 7.6% presento riesgo de consumo de alcohol intermedio. Conclusión: Se determinó que la depresión, la disfunción familiar y el consumo de alcohol tienen una relación con la ideación suicida (10).

Título: Depresión y Riesgo de la Dependencia al Alcohol, en Adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres – Ayacucho 2024

Autor: Guizado, Arleth; Lujan, Ruth.

Resumen: El objetivo del trabajo de investigación es determinar la relación entre la depresión y el riesgo de dependencia al alcohol en la Institución Educativa Mariscal Cáceres. Materiales y Métodos: el estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal, cuantitativo no experimental, la población fue de 3119 estudiantes de la Institución y la muestra no probabilística estuvo conformada por 298 adolescentes. Se aplicaron los instrumentos como el inventario de depresión de Beck II y el test de AUDIT para consumo de alcohol y para procesar los datos se empleó el software SPSS. Resultados: los adolescentes que presentaban depresión leve fueron un 18.5%, depresión moderada 21.8% y 17.8% depresión severa en cuanto al consumo de alcohol, un 84.9% presentaba bajo riesgo de consumo, un 13.1% riesgo moderado y un 2.0% riesgo de dependencia. Se concluye que la depresión tiene relación significativa con el consumo de alcohol en los adolescentes (13).

4.3. A Nivel Internacional

Título: Síntomas de Ansiedad y Depresión Asociados a los Niveles de Riesgo del Consumo de Alcohol y Tabaco en Adolescentes de la Ciudad de Loja, Ecuador.

Autor: Valarezo et al.

Resumen: La presente investigación realizada con un diseño transversal de muestreo no probabilístico, no experimental, tiene como objetivo determinar si la ansiedad, y depresión se asocian a variables de edad, género y nivel de riesgo de consumo de alcohol y tabaco. Este estudio contó con una muestra de 663 estudiantes de educación básica superior, siendo 43% de octavo y decimo semestre y 57% de bachillerato de primero y tercer año del “Colegio de Bachillerato 27 de febrero” de la ciudad de Loja en Ecuador. De estos 663 alumnos, 326 o el 49.2 % eran adolescentes varones y 337 o el 50.8 % eran adolescentes del sexo femenino, el grupo de adolescentes en general

tenía un rango de edad de 13 a 20 años y su selección para el estudio se realizó a través de un muestreo no probabilístico con criterios de inclusión. Metodología: Para este estudio se aplicó 3 instrumentos psicométricos: 1) Inventario de Depresión de Beck II, 2) Escala de Ansiedad de Hamilton y 3) La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST v3.1). En cuanto a los resultados, se encontró una relación estadística entre el riesgo asociado al consumo de alcohol y tabaco con sintomatología de ansiedad y depresión. Por medio de las pruebas de Spearman y chi-cuadrado se obtuvo una asociación entre el consumo de estas sustancias de alto riesgo, con niveles altos de ansiedad y depresión; además de hallar una relación entre la ansiedad y depresión con la edad y género de los estudiantes. Conclusiones. Los estudiantes con alto riesgo de consumo de alcohol y tabaco presentan una relación significativa con las personas que tenían clínica de ansiedad y depresión, también se obtuvo una asociación con el género, identificando que las adolescentes mujeres tenían una mayor tendencia a desarrollar síntomas para depresión y ansiedad (37).

Título: Autoestima, Ansiedad y Depresión en Adolescentes con Consumo de Riesgo de Alcoholismo

Autor: Arias et al.

Resumen: Se realizó una investigación descriptiva de corte trasversal en adolescentes de la carrera de refrigeración de la “Escuela Técnica General Luis Milanés” perteneciente a la municipalidad de Bayamo en Cuba año 2017. El objetivo de dicho estudio fue encontrar la asociación entre adolescentes con alto riesgo de consumo de alcohol y la presencia de depresión, ansiedad y autoestima baja. El estudio contó con un tamaño de muestra de 110 estudiantes, de una población de 345 estudiantes pertenecientes a la misma carrera. Metodología: Se utilizaron instrumentos como “el cuestionario CAGE” para la pesquisa de consumidores de alcohol, en el caso de la ansiedad se utilizó: “el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)”, para la depresión, el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE); y para la autoestima “el Inventario de Autoestima elaborado por Coopersmith”. Los paciente con consumo de riesgo de alcoholismo presentaron un 53% de autoestima moderada y un 19% de baja autoestima, por otro lado esta misma muestra de estudiantes presento un estado y rasgo de ansiedad moderada de 32% y un 44% entre rasgo y estado de ansiedad alta y por último se observó un 24% de rasgo y estado depresivo alto y un 31% de estado y rasgo

depresivo moderado, concluyendo así que los adolescentes con consumo de riesgo de alcoholismo mostraron una asociación fuerte con la ansiedad, una moderada con una autoestima negativa y una baja asociación con la depresión (26).

Título: Síntomas Depresivos, Conducta Disocial y Consumo de Alcohol y Marihuana en Jóvenes Universitarios

Autor: Rodríguez et al.

Resumen: Uno de los principales problemas al cual se enfrenta la salud pública es el consumo de drogas y uso de alcohol por parte de los adolescentes, debido a las más de 200 enfermedades que ocasionan, los cuales podrían estar influenciado por diversos factores de riesgo, por esta razón el objetivo de este estudio es determinar si existe una relación entre los síntomas depresivos, una conducta disocial y el consumo de alcohol y/ o marihuana en los adolescentes universitarios. Método: El presente estudio descriptivo correlacional y transversal se realizó en población conformada por 514 estudiantes entre 18 y 25 años, de los cuales se tomó una muestra aleatoria estratificada de 137 estudiantes. Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron: Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Marihuana (CDPHCAM), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, el Cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para el Trastorno Disocial de la Conducta. Resultados: Se aplicaron pruebas como Chi-cuadrada, U de Mann-Whitney y la Prueba de Correlación de Spearman. Los cuales al ser aplicados se obtuvieron los siguientes resultados: correlación baja, negativa y significativa entre el índice de síntomas depresivos y la edad de inicio del consumo de alcohol ($r_s = -.211$, $p = .023$), y una correlación moderada, positiva y significativa entre los síntomas depresivos y la cantidad de cigarrillos de marihuana consumidos por semana ($r_s = .422$, $p = .006$). En relación con la conducta disocial concluye: baja relación, negativa y significativa con la edad de inicio de consumo de alcohol ($r_s = -.252$, $p = .006$) y relación moderada, negativa y significativa con la edad de inicio de consumo de marihuana ($r_s = -.496$, $p = .001$) (38).

Título: ¿Están los Síntomas de Ansiedad Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de 15 a 17 años Dentro del Municipio de Mexicali en el Estado de Baja California? – México 2020

Autor: Chávez, Víctor.

Resumen: Objetivo: Determinar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en una muestra de estudiantes de 15 a 17 años del Municipio de Mexicali. Materiales y métodos: El estudio fue observacional, analítico de corte transversal, participaron 384 estudiantes, el muestro no probabilístico por cuotas. Para el estudio se aplicaron el inventario de Beck II y el test de AUDIT, para el procesamiento de datos se utilizó el paquete informático OPEN STAT Ver. 8. La estadística se realizó por monomios para determinar la relación de las dos variables. Resultados: De los estudiantes estudiados aproximadamente el 26.56% de los participantes presentaba síntomas de ansiedad, de estos 93.13% presentaba síntomas leves, 4.90% síntomas moderados y solo 1.96% síntomas severos; además 51.30% de la muestra consumía alcohol y dentro de estos 19.53% presentaba síntomas de ansiedad. Conclusión: Se observó una relación positiva estadísticamente significativa entre las variables (39).

5. Hipótesis

5.1. Hipótesis nula

Los niveles de depresión no están asociados a los trastornos por consumo de alcohol en adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios.

5.2. Hipótesis alterna

Los niveles de depresión están asociados a los trastornos por consumo de alcohol en adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios.



1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

En la presente investigación se aplicó una ficha sociodemográfica y dos cuestionarios que son los instrumentos de este estudio (40).

1.2. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron constan de: una ficha de recolección de datos sociodemográficos (anexo 1), la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes (anexo 2), además del “Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol” AUDIT en adolescentes (anexo 3); los cuales permitieran identificar las variables del presente estudio (40).

1.3. Materiales de verificación

- Fichas de Investigación (Ficha sociodemográfica, Escala de Birleson, AUDIT)
- Consentimiento Informado
- Computadora
- Programa de procesamiento de texto, matriz de datos y el análisis estadístico Software R de programación estadística.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicada en el Distrito de Yanahuara, en la provincia y el departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó durante el mes de junio de 2024.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio fueron la población adolescente que formaba parte del alumnado del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.3.1. Población

Todos los estudiantes que formaron parte del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María que se encontraban cursando estudios en el mes donde se llevó a cabo la investigación, junio del 2024.

2.3.2. Muestra

El presente estudio contó con un tamaño de población de: 1187 estudiantes, que se encontraban cursando estudios preuniversitarios, además las variables de esta investigación fueron cualitativas, por lo que para poder determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de muestreo para poblaciones finitas, la cual se muestra a continuación:

$$n = (N * Z^2 * p * q) / [e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q]$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población o universo

Z = Parámetro estadístico depende del nivel de confianza

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

q = 1 - p = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

e = Error de estimación máxima aceptada

Calculo:

n = Es lo que se va a calcular

N = 1187

Z = 95% = 1.96

p = 50% = 0.5

q = 1 - 0.5 = 0.5

e = 5% = 0.05

$$n = (N * Z^2 * p * q) / [e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q]$$

$$n = (1187 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5) / [0.05^2 * (1187 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5]$$

$$n = 290.41$$

$$n = 290$$

Interpretación:

Se necesita un tamaño de muestra de 290 estudiantes por lo menos para realizar el presente estudio.

2.3.2.1. Criterios de selección

2.3.2.1.1. Criterios de inclusión

- Jóvenes que pertenecían al Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
- Estudiantes que se encontraban en la etapa de la adolescencia.
- Adolescentes que desearon participar del estudio de manera voluntaria, previa aceptación del consentimiento informado.
- Estudiantes con antecedente de depresión y consumo de alcohol

2.3.2.1.2. Criterios de exclusión

- Fichas de Recolección de datos y Cuestionarios que estuvieron incompletas o llenadas incorrectamente.
- Estudiantes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- Se envió una solicitud adjuntando el proyecto de tesis (previa corrección del asesor de la Facultad de Medicina) al vicerrectorado, además fue presentado al comité de ética de investigación de la UCSM, el cual lo aprobó.
- Se solicitó carta de presentación por parte del Decanato de la Facultad a la Dirección del Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María para el permiso y ejecución del proyecto, el cual fue aceptado.
- Se procedió a realizar las encuestas de forma virtual a los estudiantes preuniversitarios respetando los criterios de inclusión y exclusión del estudio.
- Los datos obtenidos de las encuestas fueron codificados y procesados, cuidando la confidencialidad y aspectos éticos en todo momento de los estudiantes (40).
- Por último se pasó a realizar el borrador de tesis con los resultados estadísticos, junto con las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

3.2. Validación de los instrumentos

3.2.1. Escala de Birlson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes

La Escala de Birlson o Depression Self Rating Scale (DSRS) fue diseñada inicialmente para cuantificar la severidad de los síntomas depresivos en los niños y adolescentes, además esta escala se utiliza para supervisar la respuesta al tratamiento. El instrumento es auto aplicable tipo Likert, en un inicio constaba de 18 ítems, cada uno de estos podía ser calificado de 0 a 2 obteniendo como máxima calificación treinta y seis puntos. Diez de los dieciocho ítems se califican 0 a 2 los cuales son los ítems: 1,2,4,7, 9, 11, 13, 15 y los 8 ítems restantes se califican de 2 a 0 los cuales son: 3,5,6,10,14,16,17. Según De la Peña, et al.; el DSRS o Escala de Birlson, fue la primera escala validada en México. El objetivo del trabajo de investigación de Peña fue traducir y adaptar la Escala de Birlson y realizar la validez del constructor y de criterios externos del instrumento; para ello se llevó a cabo una investigación con su una población que estaría conformada 319 adolescente en total dentro de este grupo tendremos una población clínica de 138 estudiantes que fueron captados de 3 instituciones: el instituto Mexicano de

Psiquiatría, Instituto Nacional de Cardiología y el servicio de Dermatología del hospital HGGG; los otros participantes eran de una población abierta conformada por 211 adolescentes captados del “Colegio Franco- Español”; en la población clínica se llevó a cabo una entrevista semiestructurada utilizando los criterios diagnósticos de depresión del DSM- IV, siendo esta la prueba de oro para el estudio. Luego a toda la población de estudio se les aplicó la escala de Birleson la que fue 2 veces traducida para corregir los errores producidos por la traducción, pidiendo la autorización previa del Dr Birleson autor de la escala. Este estudio fue comparado con la investigación de Ivarsson que fue realizada en Europa y pese a que la población de estudio fue un tanto diferente con la de Peña ambas investigaciones dieron resultados muy similares teniendo un alfa de Cronbach en Iverson 0.90 y en el estudio de Peña 0.85. Se puede concluir que la Escala de Birleson (DSRS) es instrumento válido para ser utilizado en investigaciones clínicas y también epidemiológicas de depresión en la Adolescencia (41).

La escala de Birleson fue validado en el Perú en el año 2005 en la investigación de Roxana Vivar, et al ; el cual consto de 215 participantes entre 8 y 18 años, los cuales integraron un estudio de validación de Escala, para ello se hizo modificaciones de la escala de Birleson, cambiando algunos vocablos extranjeros por vocablos utilizados en el país, para su mejor entendimiento, además se agregaron algunos ítems importantes en el diagnostico de depresión mayor, como lo es la ideación suicida, irritabilidad, desesperanza pérdida del placer, somatización y alteración en la concentración, además se retiró un ítem del cuestionario por ser inespecífico, la escala fue enviada luego de dichas modificaciones a un grupo de expertos y una vez aprobada fue aplicada en el estudio. El estudio estuvo conformado por 3 grupos: el primer grupo estaba formado por aquellos que fueron diagnosticados con trastorno depresivo, el segundo grupo con trastorno de ajuste y con síntomas de depresión y el tercer grupo conformado por los estudiantes sin trastorno depresivo, para esta validación se utilizaron las pruebas de correlación de Pearson y Spearman, también se utilizó Alpha de Cronbach; teniendo los siguientes resultados: una asociación de: $r = 0.89$ y 0.85 y un Alpha de Cronbach de 0.73 . Para este estudio prevaleció las pruebas de sensibilidad y especificidad que para un corte de 13 dieron resultados de una sensibilidad y una especificidad de 98%, estos valores nos indican que las modificaciones realizadas en la escala de Birleson le han aportado

mayor discriminación y se concluyó que sin importar el punto de corte, el instrumento de la Escala de Birleson es una buena prueba para diagnosticar casos clínicos y epidemiológicos de trastornos depresivos (42).

Actualmente la escala modificada de Birleson para niños y adolescentes cuenta con 21 ítem, cada uno de ellos puede ser puntuado de 0 a 2 pudiendo tener como puntuación máxima 42 puntos. La forma de puntuación varía dependiendo el ítem, es así que tenemos: Nueve ítems (1,2,4,7,8,9,11,13,18) que se califican de 0 a 2, teniendo en cuenta que: siempre = 0, a veces = 1 y nunca = 2; y los doce ítems restantes que son (3,5,6,10,15,16,17,19,20,21) se califican de 2 a 0, siendo: siempre = 2, a veces = 1 y nunca = 0. Luego de obtener la puntuación total de los 21 ítems se puede interpretar lo siguiente: los adolescentes o niños que tengan una puntuación de 0 a 13 no tienen depresión, los adolescentes o niños con puntuación de 14 a 21 son los que presentan síntomas depresivos y que tienen una puntuación de 22 o más son los que padecen depresión franca (29).

3.2.2. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

La prueba de AUDIT fue el primer test de screening diseñado para la atención primaria, consta de 10 preguntas sobre el consumo de alcohol en los últimos 12 meses y sobre los síntomas de dependencia, así como consumo problemático de alcohol. Fue diseñado para uso internacional, identifica el consumo perjudicial y de riesgo y se centra en el consumo reciente. La OMS en 1982 pidió a un grupo de investigadores internacional desarrollar un instrumento de screening el cual pueda ser aplicado en los niveles de atención primaria tanto de los países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo, el estudio fue llevado a cabo en 6 países, siendo estos: Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos, el método para su elaboración fue seleccionar aquellas preguntas que diferenciaban bebedores de bajo riesgo de aquellos que tenían un consumo perjudicial, para este estudio se reclutaron más de 2000 recursos sanitarios, así como de centros especializados en tratamientos para el consumo de alcohol. El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) consta de 10 preguntas las cuales en general están agrupadas en 3 dominios: Consumo de riesgo de alcohol (preguntas de la 1 a la 3), síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6), consumo perjudicial de alcohol (preguntas de la 7 a la 10).

Cada pregunta tiene una serie de repuestas que pueden asumir una puntuación de 0 a 4. Una vez obtenida la puntuación total de todos los ítems, podemos observar en que zona se encuentra el resultados, en total se clasifican en 4 zonas, las cuales son:

- Zona I: Se encuentra las personas cuyo puntaje estuvo entre 0 al 7, a estas personas se instruirá sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias, Zona II: puntuación entre 8 al 15, a estos adolescentes también se les instruirá sobre el consumo de alcohol y sus efectos perjudiciales, y además se le brindara un consejo simple, Zona III: puntuación entre 16 al 19, a estos adolescentes se les indicara lo de la zona 2 pero también se les dará una terapia breve, además de monitorización continuada, y por ultimo Zona IV: puntuación entre 20 a 40 se indica al paciente que debe ser trasferido al especialista para una evaluación, diagnostica y tratamiento (43).

3.3. Recursos

3.3.1. Humanos

- Investigador
- Asesor

3.3.2. Materiales

- Fichas de Investigación (link)
- Consentimiento Informado (link)
- Computadora o Laptop con acceso a Internet
- Programa de procesamiento de texto (Word), matriz de datos (Excel) y el análisis estadístico (Software R).

4. Criterios para manejo de resultados

- La información obtenida luego de aplicar los instrumentos (anexo 1, 2 y 3); fueron codificados y tabulados en una matriz de datos para lo cual se utilizó una hoja de cálculos de Microsoft Office Excel 2016.
- Una vez se realizara la matriz, esta se importó al software R estadístico, donde se analizó las variables y dependiendo del tipo de variables y el tipo de estudio se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas (Chi- cuadrado y Fisher) para identificar en este caso la correlación de nuestras variables. Los resultados no fueron estadísticamente significativos por el valor de p que fue mayor a 0.05 (40).





CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 1
Característica de los participantes (N = 348)

| | N = 348 | |
|---------------------------------------|---------|------|
| | N | % |
| Sexo | | |
| Femenino | 171 | 49.1 |
| Masculino | 177 | 50.9 |
| Edad (años) | | |
| 14-15 | 24 | 6.9 |
| 16-17 | 221 | 63.5 |
| 18-20 | 103 | 29.6 |
| Grado de instrucción | | |
| 4to de secundaria | 16 | 4.6 |
| 5to de secundaria | 99 | 28.4 |
| Secundaria completa | 184 | 52.9 |
| Superior incompleta | 49 | 14.1 |
| Tipo de colegio | | |
| Particular | 235 | 67.5 |
| Nacional | 78 | 22.4 |
| Parroquial | 35 | 10.1 |
| Desempeño escolar | | |
| Bueno | 232 | 66.7 |
| Regular | 78 | 22.4 |
| Malo | 38 | 10.9 |
| Tiene enamorado | | |
| Si | 96 | 27.6 |
| No | 252 | 72.4 |
| Inicio vida sexual | | |
| Si | 112 | 32.2 |
| No | 236 | 67.8 |
| Sufre o sufrió maltrato físico | | |
| Si | 30 | 8.6 |
| No | 318 | 91.4 |
| Consume o consumió cigarrillos | | |

| | | |
|---|-----|------|
| Si | 101 | 29 |
| No | 247 | 71 |
| Consume o consumió alcohol | | |
| Si | 230 | 66.1 |
| No | 118 | 33.9 |
| Consume o consumió algún tipo de Drogas | | |
| Si | 40 | 11.5 |
| No | 308 | 88.5 |
| Vive con: | | |
| Ambos padres | 213 | 61.2 |
| Solo padre | 29 | 8.3 |
| Solo madre | 83 | 23.9 |
| Otros | 23 | 6.6 |
| Dependencia económica | | |
| Ambos padres | 254 | 73 |
| Solo padre | 31 | 8.9 |
| Solo madre | 53 | 15.2 |
| Otros | 10 | 2.9 |
| Estado civil de los padres (n = 332) | | |
| Solteros | 27 | 8.1 |
| Unión libre o conviviente / Casados | 246 | 74.1 |
| Viudos/Divorciados | 59 | 17.8 |
| Edad de su padre (n = 329) | | |
| 30-40 | 32 | 9.7 |
| 41-50 | 159 | 48.3 |
| 51 a mas | 138 | 41.9 |
| Edad de su madre (n = 343) | | |
| 30-40 | 64 | 18.7 |
| 41-50 | 205 | 59.8 |
| 51 a mas | 74 | 21.6 |
| Grado de instrucción de su padre (n = 337) | | |
| Primaria | 7 | 2.1 |

| | | |
|---|-----|------|
| Secundaria | 63 | 18.7 |
| Superior incompleta | 58 | 17.2 |
| Superior completa | 209 | 62 |
| Grado de instrucción de su madre (n = 338) | | |
| Primaria | 16 | 4.7 |
| Secundaria | 52 | 15.4 |
| Superior incompleta | 59 | 17.5 |
| Superior completa | 211 | 62.4 |
| Relación entre los padres | | |
| Buena | 211 | 60.6 |
| Regular | 82 | 23.6 |
| Mala | 55 | 15.8 |

En la **tabla 1** se describe las características generales de los participantes incluidos. La mayoría de los participantes eran del sexo masculino (50.9%) y tenían una edad de 16 a 17 años (63.5%). Respecto a las características escolares, la mayoría tenía un grado de instrucción de secundaria completa (52.9%), pertenecieron o pertenecían a un colegio particular (67.5%) y tenían un buen desempeño escolar (66.7%). La mayoría no tenía enamorado (72.4%), no habían iniciado de vida sexual (67.8%) y no sufren o habían sufrido maltrato físico (91.4%). Con respecto a conductas de riesgo, la mayoría no consume o no consumió cigarrillos (71.0%), ni drogas (88.5%), pero la mayoría si consume o consumió alcohol (66.1%). Con respecto a la relación con sus padres, la mayoría vivía con ambos padres (61.2%), tenían dependencia económica de ambos padres (73.0%), la mayoría de los padres tenían un estado civil de conviviente/casados (74.1%), la mayoría de los padres y madres tenían una edad de 41-50 años (48.3% y 59.8%, respectivamente) y un grado de instrucción superior completa (62.0% y 62.4%, respectivamente), y la relación entre los padres era buena (60.6%).

Tabla 2
Resultados de Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes

| | N = 348 | |
|-----------------------------|---------|------|
| | N | % |
| Depresión | | |
| Sin depresión | 161 | 46.3 |
| Sintomatología de depresión | 122 | 35.1 |
| Depresión | 65 | 18.7 |

En cuanto a la depresión, la mayoría de los participantes no tenía depresión (46.3%) y solo el 18.7% tenía depresión (Tabla 2 y Figura 1).

Figura 1
Porcentaje de depresión en los participantes incluidos.

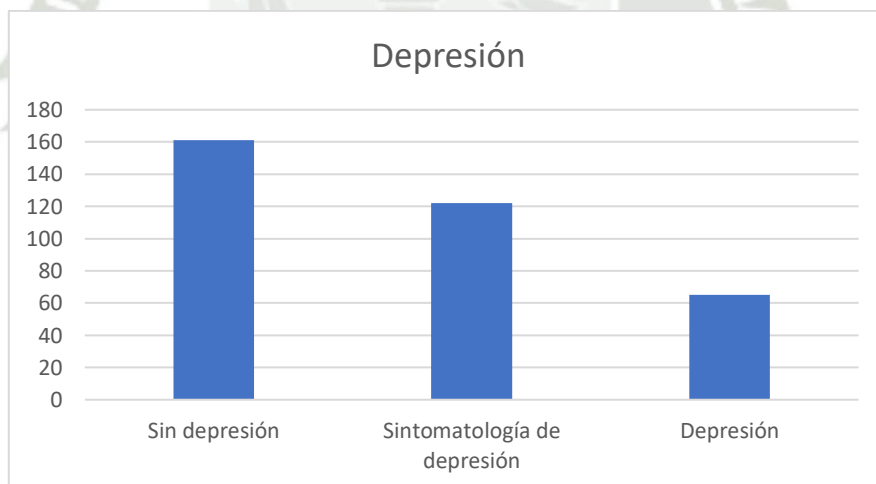


Tabla 3

Resultados de Escala AUDIT para trastorno de consumo de alcohol.

| | N = 348 | |
|--|---------|------|
| | N | % |
| Trastorno de consumo de alcohol | | |
| Bajo riesgo | 279 | 80.2 |
| Riesgo medio | 55 | 15.8 |
| Riesgo alto | 11 | 3.2 |
| Probable adicción | 3 | 0.9 |

En cuanto al trastorno de consumo de alcohol, la mayoría tenía bajo riesgo (80.2%) y solo el 0.9% tenía probable adicción (Tabla 3 y Figura 2).

Figura 2

Porcentaje de trastorno de consumo de alcohol en los participantes incluidos

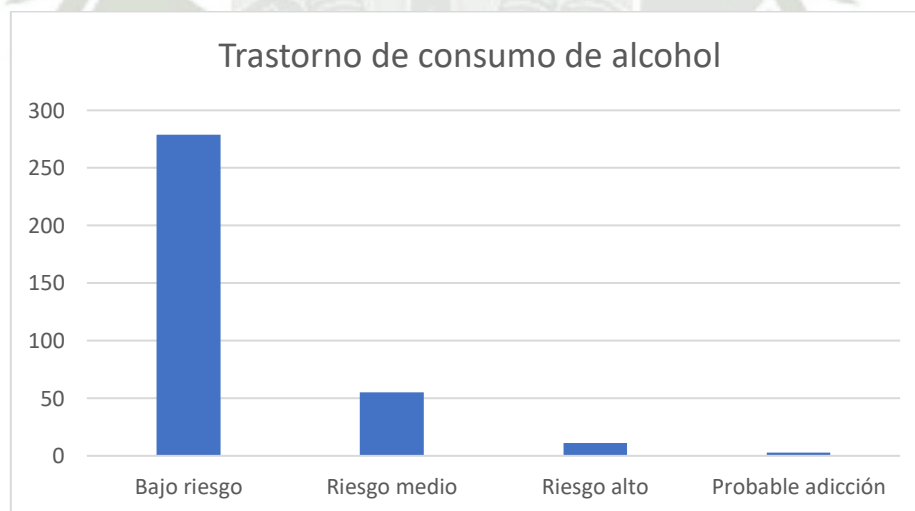


Tabla 4

Característica de los participantes según categorización de escala de Birleson modificada para niños y adolescentes (N = 348).

| | Sin depresión (N =161) | | Síntomatología de depresión (N=122) | | Depresión (N=65) | | |
|---------------------------------------|------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------|------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | Valor p |
| Sexo | | | | | | | 0.032 |
| Femenino | 67 | 39.2 | 69 | 40.4 | 35 | 20.5 | |
| Masculino | 94 | 53.1 | 53 | 29.9 | 30 | 16.9 | |
| Edad (años) | | | | | | | 0.55 |
| 14-15 | 10 | 41.7 | 9 | 37.5 | 5 | 20.8 | |
| 16-17 | 96 | 43.4 | 82 | 37.1 | 43 | 19.5 | |
| 18-20 | 55 | 53.4 | 31 | 30.1 | 17 | 16.5 | |
| Grado de instrucción | | | | | | | 0.63 |
| 4to de secundaria | 6 | 37.5 | 6 | 37.5 | 4 | 25 | |
| 5to de secundaria | 44 | 44.4 | 33 | 33.3 | 22 | 22.2 | |
| Secundaria completa | 83 | 45.1 | 68 | 37 | 33 | 17.9 | |
| Superior incompleta | 28 | 57.1 | 15 | 30.6 | 6 | 12.2 | |
| Tipo de colegio | | | | | | | 0.8 |
| Particular | 110 | 46.8 | 81 | 34.5 | 44 | 18.7 | |
| Nacional | 37 | 47.4 | 29 | 37.2 | 12 | 15.4 | |
| Parroquial | 14 | 40 | 12 | 34.3 | 9 | 25.7 | |
| Desempeño escolar | | | | | | | 0.053 |
| Bueno | 109 | 47 | 80 | 34.5 | 43 | 18.5 | |
| Regular | 28 | 35.9 | 35 | 44.9 | 15 | 19.2 | |
| Malo | 24 | 63.2 | 7 | 18.4 | 7 | 18.4 | |
| Tiene enamorado | | | | | | | 0.029 |
| Si | 48 | 50 | 24 | 25 | 24 | 25 | |
| No | 113 | 44.8 | 98 | 38.9 | 41 | 16.3 | |
| Inicio vida sexual | | | | | | | 0.3 |
| Si | 57 | 50.9 | 33 | 29.5 | 22 | 19.6 | |
| No | 104 | 44.1 | 89 | 37.7 | 43 | 18.2 | |
| Sufre o sufrió maltrato físico | | | | | | | 0.002 |

| | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|----|------|--------------|
| Si | 5 | 16.7 | 15 | 50 | 10 | 33.3 | |
| No | 156 | 49.1 | 107 | 33.6 | 55 | 17.3 | |
| Consumo o consumió cigarrillos | | | | | | | 0.007 |
| Si | 38 | 37.6 | 34 | 33.7 | 29 | 28.7 | |
| No | 123 | 49.8 | 88 | 35.6 | 36 | 14.6 | |
| Consumo o consumió alcohol | | | | | | | 0.7 |
| Si | 108 | 47 | 77 | 33.5 | 45 | 19.6 | |
| No | 53 | 44.9 | 45 | 38.1 | 20 | 16.9 | |
| Consumo o consumió algún tipo de Drogas | | | | | | | 0.4 |
| Si | 15 | 37.5 | 15 | 37.5 | 10 | 25 | |
| No | 146 | 47.4 | 107 | 34.7 | 55 | 17.9 | |
| Vive con | | | | | | | 0.5 |
| Ambos padres | 105 | 49.3 | 70 | 32.9 | 38 | 17.8 | |
| Solo padre | 9 | 31 | 14 | 48.3 | 6 | 20.7 | |
| Solo madre | 39 | 47 | 29 | 34.9 | 15 | 18.1 | |
| Otros | 8 | 34.8 | 9 | 39.1 | 6 | 26.1 | |
| Dependencia económica | | | | | | | 0.9 |
| Ambos padres | 119 | 46.9 | 87 | 34.3 | 48 | 18.9 | |
| Solo padre | 13 | 41.9 | 11 | 35.5 | 7 | 22.6 | |
| Solo madre | 24 | 45.3 | 20 | 37.7 | 9 | 17 | |
| Otros | 5 | 50 | 4 | 40 | 1 | 10 | |
| Estado civil de los padres | | | | | | | 0.6 |
| Solteros | 9 | 33.3 | 12 | 44.4 | 6 | 22.2 | |
| Unión libre o conviviente/Casados | 118 | 48 | 80 | 32.5 | 48 | 19.5 | |
| Viudos/Divorciados | 28 | 47.5 | 22 | 37.3 | 9 | 15.3 | |
| Edad de su padre | | | | | | | 0.5 |
| 30-40 | 17 | 53.1 | 9 | 28.1 | 6 | 18.8 | |
| 41-50 | 72 | 45.3 | 61 | 38.4 | 26 | 16.4 | |
| 51 a mas | 63 | 45.7 | 44 | 31.9 | 31 | 22.5 | |
| Edad de su madre | | | | | | | 0.072 |
| 30-40 | 24 | 37.5 | 28 | 43.8 | 12 | 18.8 | |
| 41-50 | 94 | 45.9 | 73 | 35.6 | 38 | 18.5 | |

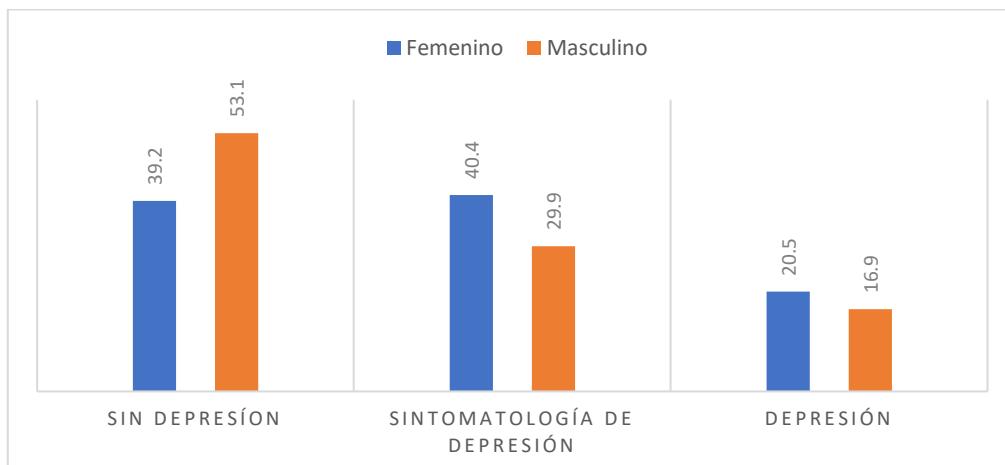
| | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|----|------|----|------------------|
| 51 a mas | 43 | 58.1 | 16 | 21.6 | 15 | 20.3 |
| Grado de instrucción de su padre | | | | | | 0.75 |
| Primaria | 4 | 57.1 | 2 | 28.6 | 1 | 14.3 |
| Secundaria | 31 | 49.2 | 22 | 34.9 | 10 | 15.9 |
| Superior incompleta | 22 | 37.9 | 21 | 36.2 | 15 | 25.9 |
| Superior completa | 100 | 47.8 | 72 | 34.4 | 37 | 17.7 |
| Grado de instrucción de su madre | | | | | | 0.79 |
| Primaria | 8 | 50 | 3 | 18.8 | 5 | 31.2 |
| Secundaria | 24 | 46.2 | 19 | 36.5 | 9 | 17.3 |
| Superior incompleta | 29 | 49.2 | 21 | 35.6 | 9 | 15.3 |
| Superior completa | 98 | 46.4 | 72 | 34.1 | 41 | 19.4 |
| Relación entre los padres | | | | | | <0.001 |
| Buena | 113 | 53.6 | 69 | 32.7 | 29 | 13.7 |
| Regular | 23 | 28 | 32 | 39 | 27 | 32.9 |
| Mala | 25 | 45.5 | 21 | 38.2 | 9 | 16.4 |
| Trastorno de consumo de alcohol | | | | | | 0.2 |
| Bajo riesgo | 136 | 48.7 | 95 | 34.1 | 48 | 17.2 |
| Riesgo medio | 22 | 40 | 21 | 38.2 | 12 | 21.8 |
| Riesgo alto | 3 | 27.3 | 5 | 45.5 | 3 | 27.3 |
| Probable adicción | 0 | 0 | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 |

En la **tabla 4** se evalúa los factores asociados a la depresión. Se realizó la prueba Chi cuadrado como prueba de hipótesis para determinar si se acepta o rechaza la hipótesis nula, con respecto a los diferentes factores seleccionados. Se encontró asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo, tener enamorado, si sufre o sufrió maltrato físico, si consume o consumió cigarrillos y la relación entre los padres con la depresión.

- Con respecto a la **categoría de sexo**, se obtuvo un valor $p = 0.032$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre el sexo y la depresión (Figura 3). La mayoría de los participantes masculinos no tenían depresión (53.1%) y fue mayor en comparación con las mujeres (39.2%).

Figura 3

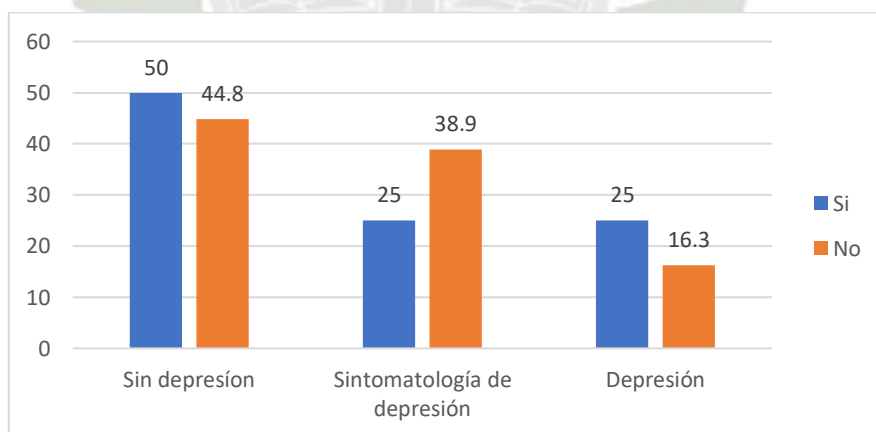
Distribución del sexo según la escala de Birleson para depresión.



- Con respecto a **categoría de tener enamorado**, se obtuvo un valor $p = 0.029$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre tener enamorado y la depresión. El porcentaje de los participantes que tenían depresión y enamorado (25%) es mayor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían depresión y no tenían enamorado (16.3%) (Figura 4).

Figura 4

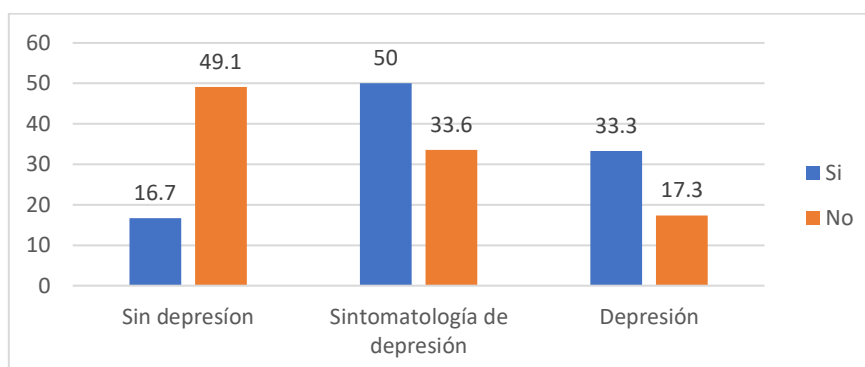
Distribución de tener enamorado según la escala de Birleson para depresión.



- Con respecto a la **categoría si sufre o sufrió maltrato físico**, se obtuvo un valor $p = 0.002$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre si sufre o sufrió maltrato físico y la depresión. El porcentaje de los participantes que tenían depresión y sufre o sufrió maltrato físico (33.3%) es mayor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían depresión y no sufre o sufrió maltrato físico (17.3%) (Figura 5).

Figura 5

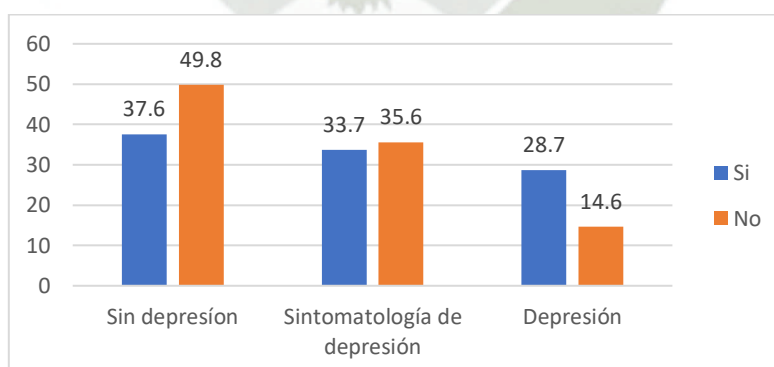
Distribución de si sufre o sufrió maltrato físico según la escala de Birleson para depresión.



- Con respecto a la **categoría consume o consumió cigarrillos**, se obtuvo un valor $p = 0.007$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre si consume o consumió cigarrillos y la depresión. El porcentaje de los participantes que tenían depresión y consume o consumió cigarrillos (28.7%) es mayor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían depresión y no consume o consumió cigarrillos (14.6%) (Figura 6).

Figura 6

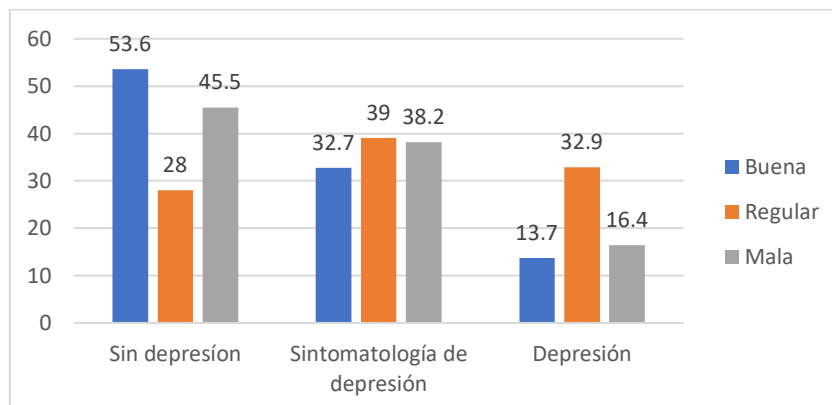
Distribución de si consume o consumió cigarrillos según la escala de Birleson para depresión.



- Con respecto a la **categoría relación entre los padres**, se obtuvo un valor $p < 0.001$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre la relación entre los padres y la depresión. El porcentaje de los participantes que tenían depresión y una regular relación entre los padres (32.9%) es mayor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían depresión y una buena y mala relación entre padres (13.7% y 16.4%, respectivamente) (Figura 7).

Figura 7

Distribución de la relación entre padres según la escala de Birleson para depresión.



- Con respecto a la **categoría de trastorno por consumo de alcohol**, se obtuvo un valor $p = 0.2$ por lo que se acepta la hipótesis nula y por lo tanto no hay asociación entre el trastorno por consumo de alcohol y la depresión. El porcentaje de los participantes que tenían depresión y probable adicción (66.7%) es mayor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían depresión y bajo riesgo de consumo (17.2%), sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. (Figura 8).

Figura 8

Distribución del trastorno por consumo de alcohol según la escala de Birleson para depresión.

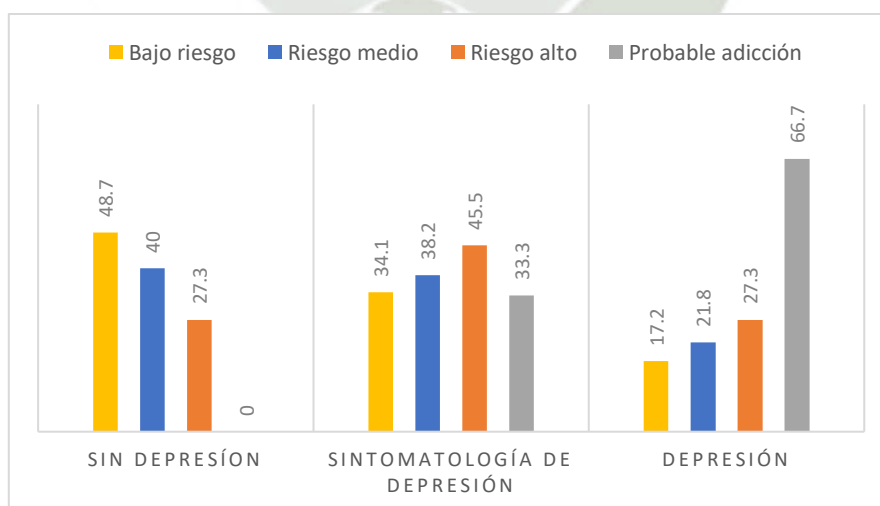


Tabla 5
Característica de los participantes según categorización de escala AUDIT en
adolescentes para trastorno por consumo de alcohol (N = 348).

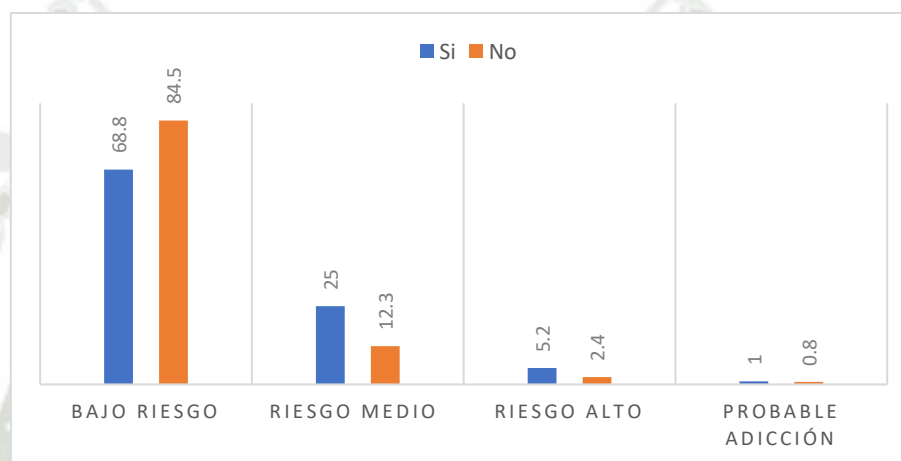
| TRANSTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|------|---------------------------|------|-----------------------|-----|-----------------------------------|-----|--------------|
| | Bajo riesgo (N=279) | | Riesgo medio (N=55) | | Riesgo alto (N=11) | | Probabl e adició n (N=3) | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| | | | | | | | | | Valor p |
| Sexo | | | | | | | | | 0.066 |
| Femenino | 143 | 83.6 | 21 | 12.3 | 4 | 2.3 | 3 | 1.8 | |
| Masculino | 136 | 76.8 | 34 | 19.2 | 7 | 4 | 0 | 0 | |
| Edad (años) | | | | | | | | | 0.081 |
| 14-15 | 17 | 70.8 | 7 | 29.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 16-17 | 182 | 82.4 | 33 | 14.9 | 6 | 2.7 | 0 | 0 | |
| 18-20 | 80 | 77.7 | 15 | 14.6 | 5 | 4.9 | 3 | 2.9 | |
| Grado de instrucción | | | | | | | | | 0.2 |
| 4to de secundaria | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 5to de secundaria | 79 | 79.8 | 18 | 18.2 | 2 | 2 | 0 | 0 | |
| Secundaria completa | 153 | 83.2 | 23 | 12.5 | 6 | 3.3 | 2 | 1.1 | |
| Superior incompleta | 37 | 75.5 | 8 | 16.3 | 3 | 6.1 | 1 | 2 | |
| Tipo de colegio | | | | | | | | | 0.062 |
| Particular | 183 | 77.9 | 43 | 18.3 | 9 | 3.8 | 0 | 0 | |
| Nacional | 67 | 85.9 | 8 | 10.3 | 1 | 1.3 | 2 | 2.6 | |
| Parroquial | 29 | 82.9 | 4 | 11.4 | 1 | 2.9 | 1 | 2.9 | |
| Desempeño escolar | | | | | | | | | 0.2 |
| Bueno | 190 | 81.9 | 32 | 13.8 | 7 | 3 | 3 | 1.3 | |
| Regular | 55 | 70.5 | 19 | 24.4 | 4 | 5.1 | 0 | 0 | |
| Malo | 34 | 89.5 | 4 | 10.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Tiene enamorado | | | | | | | | | 0.007 |
| Si | 66 | 68.8 | 24 | 25 | 5 | 5.2 | 1 | 1 | |
| No | 213 | 84.5 | 31 | 12.3 | 6 | 2.4 | 2 | 0.8 | |

| | | | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|----|------|---|-----|-----------------|
| Inicio vida sexual | | | | | | | | | <0.00 |
| | | | | | | | | | 1 |
| Si | 72 | 64.3 | 33 | 29.5 | 6 | 5.4 | 1 | 0.9 | |
| No | 207 | 87.7 | 22 | 9.3 | 5 | 2.1 | 2 | 0.8 | |
| Sufre o sufrió maltrato físico | | | | | | | | | 0.4 |
| Si | 23 | 76.7 | 5 | 16.7 | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | |
| No | 256 | 80.5 | 50 | 15.7 | 10 | 3.1 | 2 | 0.6 | |
| Consume o consumió cigarrillos | | | | | | | | | <0.00 |
| | | | | | | | | | 1 |
| Si | 56 | 55.4 | 34 | 33.7 | 9 | 8.9 | 2 | 2 | |
| No | 223 | 90.3 | 21 | 8.5 | 2 | 0.8 | 1 | 0.4 | |
| Consume o consumió alcohol | | | | | | | | | <0.00 |
| | | | | | | | | | 1 |
| Si | 163 | 70.9 | 53 | 23 | 11 | 4.8 | 3 | 1.3 | |
| No | 116 | 98.3 | 2 | 1.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Consume o consumió algún tipo de Drogas | | | | | | | | | <0.00 |
| | | | | | | | | | 1 |
| Si | 16 | 40 | 19 | 47.5 | 3 | 7.5 | 2 | 5 | |
| No | 263 | 85.4 | 36 | 11.7 | 8 | 2.6 | 1 | 0.3 | |
| Vive con | | | | | | | | | 0.005 |
| Ambos padres | 181 | 85 | 25 | 11.7 | 5 | 2.3 | 2 | 0.9 | |
| Solo padre | 24 | 82.8 | 4 | 13.8 | 1 | 3.4 | 0 | 0 | |
| Solo madre | 61 | 73.5 | 20 | 24.1 | 1 | 1.2 | 1 | 1.2 | |
| Otros | 13 | 56.5 | 6 | 26.1 | 4 | 17.4 | 0 | 0 | |
| Dependencia económica | | | | | | | | | 0.3 |
| Ambos padres | 208 | 81.9 | 36 | 14.2 | 7 | 2.8 | 3 | 1.2 | |
| Solo padre | 24 | 77.4 | 4 | 12.9 | 3 | 9.7 | 0 | 0 | |
| Solo madre | 38 | 71.7 | 14 | 26.4 | 1 | 1.9 | 0 | 0 | |
| Otros | 9 | 90 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Estado civil de los padres | | | | | | | | | 0.011 |
| Solteros | 19 | 70.4 | 7 | 25.9 | 0 | 0 | 1 | 3.7 | |
| Unión libre o conviviente/Casados | 208 | 84.6 | 31 | 12.6 | 5 | 2 | 2 | 0.8 | |
| Viudos/Divorciados | 41 | 69.5 | 13 | 22 | 5 | 8.5 | 0 | 0 | |
| Edad de su padre | | | | | | | | | >0.9 |
| 30-40 | 26 | 81.2 | 5 | 15.6 | 1 | 3.1 | 0 | 0 | |
| 41-50 | 126 | 79.2 | 26 | 16.4 | 5 | 3.1 | 2 | 1.3 | |

| | | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|---|-----|---|--------------|
| 51 a mas | 112 | 81.2 | 21 | 15.2 | 4 | 2.9 | 1 | 0.7 |
| Edad de su madre | | | | | | | | 0.4 |
| 30-40 | 51 | 79.7 | 9 | 14.1 | 4 | 6.2 | 0 | 0 |
| 41-50 | 162 | 79 | 37 | 18 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| 51 a mas | 63 | 85.1 | 8 | 10.8 | 2 | 2.7 | 1 | 1.4 |
| Grado de instrucción de su padre (n = 339) | | | | | | | | >0.9 |
| Primaria | 7 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Secundaria | 49 | 77.8 | 11 | 17.5 | 2 | 3.2 | 1 | 1.6 |
| Superior incompleta | 46 | 79.3 | 9 | 15.5 | 3 | 5.2 | 0 | 0 |
| Superior completa | 169 | 80.9 | 32 | 15.3 | 6 | 2.9 | 2 | 1 |
| Grado de instrucción de su madre (n = 342) | | | | | | | | 0.3 |
| Primaria | 15 | 93.8 | 1 | 6.2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Secundaria | 42 | 80.8 | 8 | 15.4 | 1 | 1.9 | 1 | 1.9 |
| Superior incompleta | 40 | 67.8 | 16 | 27.1 | 3 | 5.1 | 0 | 0 |
| Superior completa | 174 | 82.5 | 28 | 13.3 | 7 | 3.3 | 2 | 0.9 |
| Relación entre los padres | | | | | | | | 0.004 |
| Buena | 178 | 84.4 | 30 | 14.2 | 2 | 0.9 | 1 | 0.5 |
| Regular | 55 | 67.1 | 18 | 22 | 7 | 8.5 | 2 | 2.4 |
| Mala | 46 | 83.6 | 7 | 12.7 | 2 | 3.6 | 0 | 0 |
| Depresión | | | | | | | | 0.2 |
| Sin depresión | 136 | 84.5 | 22 | 13.7 | 3 | 1.9 | 0 | 0 |
| Sintomatología de depresión | 95 | 77.9 | 21 | 17.2 | 5 | 4.1 | 1 | 0.8 |
| Depresión | 48 | 73.8 | 12 | 18.5 | 3 | 4.6 | 2 | 3.1 |

En la **tabla 5** se evalúa los factores asociados al trastorno por consumo de alcohol. Se realizó la prueba exacta de Fisher como prueba de hipótesis para determinar si se acepta o rechaza la hipótesis nula, con respecto a los diferentes factores seleccionados. Se encontró asociaciones estadísticamente significativas entre tener enamorado, inicio de vida sexual, si consume o consumió alcohol, si consume o consumió cigarrillos, si consume o consumió algún tipo de drogas, con quien vive, estado civil de los padres y relación entre padres con el trastorno por consumo de alcohol.

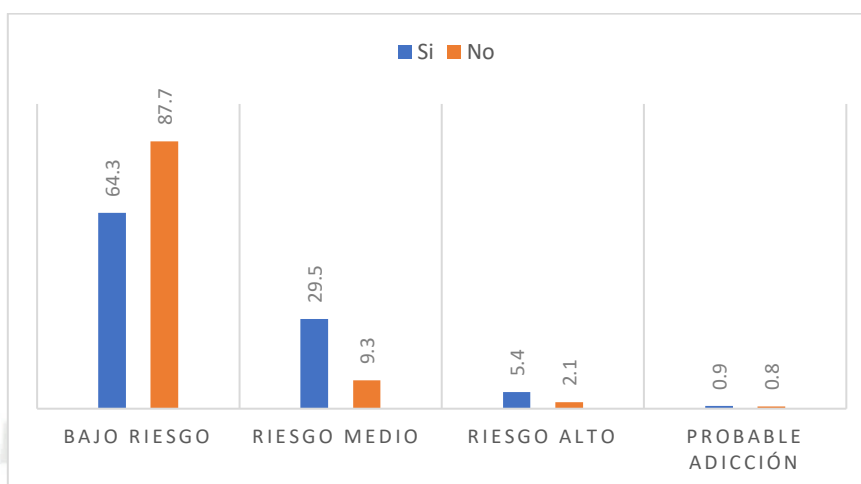
- Con respecto a **tener enamorado**, se obtuvo un valor $p = 0.007$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre tener enamorado y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y tenían enamorado (68.8%) es menor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y no tenían enamorado (84.5%) (Figura 9).

Figura 9**Distribución de tener enamorado según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol**

- Con respecto al **inicio de vida sexual**, se obtuvo un valor $p < 0.001$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre el inicio de vida sexual y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo e iniciaron su vida sexual (64.3%) es menor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y no iniciaron su vida sexual (84.5%) (Figura 10).

Figura 10

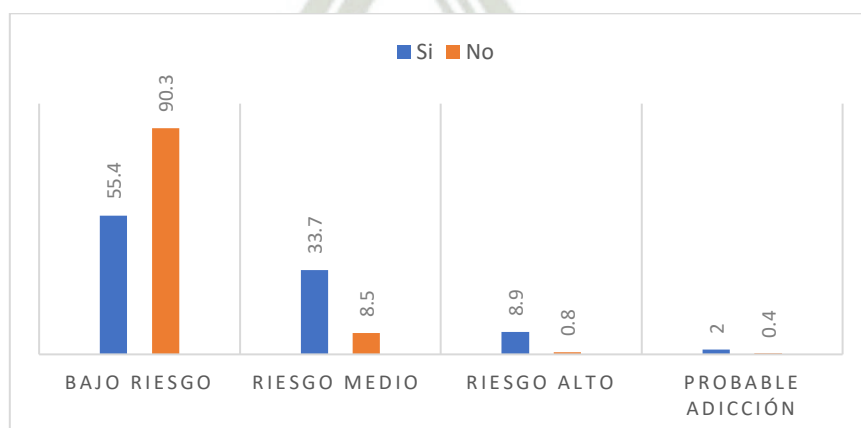
Distribución de iniciar vida sexual según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol



- Con respecto a si **consume o consumió cigarrillos**, se obtuvo un valor $p < 0.001$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre si consume o consumió cigarrillos y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y si consume o consumió cigarrillos (55.4%) es menor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y no consume o consumió cigarrillos (90.3%) (Figura 11).

Figura 11

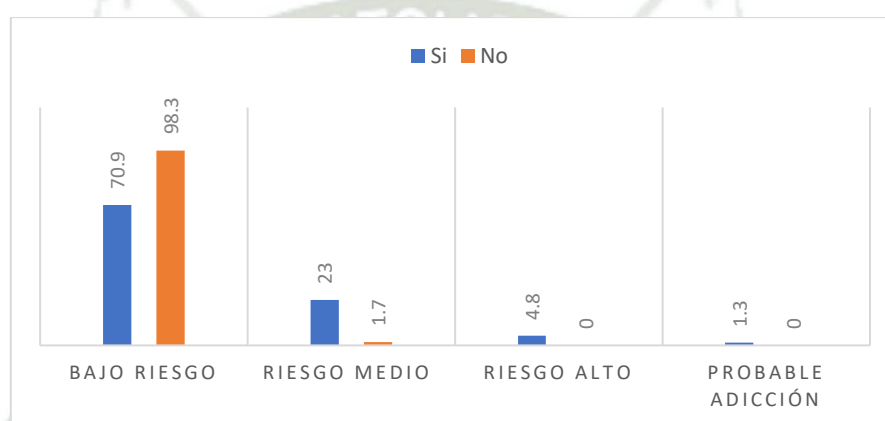
Distribución si consume o consumió cigarrillos según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol



- Con respecto a si **consume o consumió alcohol**, se obtuvo un valor $p < 0.001$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre si consume o consumió alcohol y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y si consume o consumió alcohol (70.9%) es menor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y no consume o consumió alcohol (98.3%) (Figura 12).

Figura 12

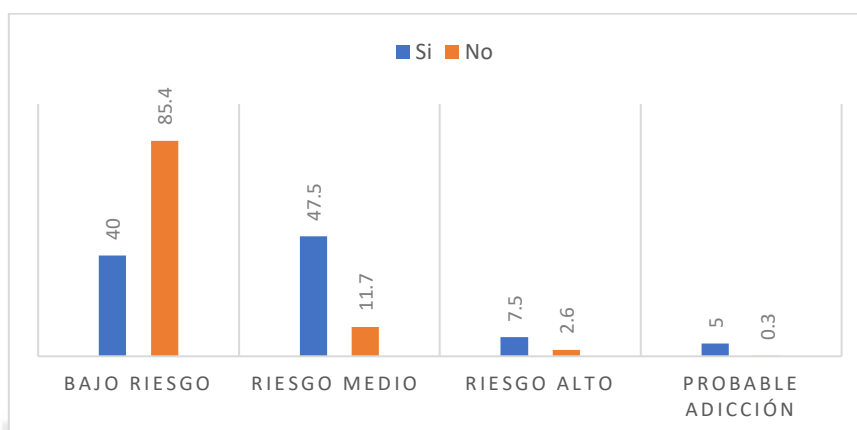
Distribución si consume o consumió alcohol según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol.



- Con respecto a si **consume o consumió algún tipo de drogas**, se obtuvo un valor $p < 0.001$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre si consume o consumió algún tipo de drogas y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y si consume o consumió algún tipo de drogas (40%) es menor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y no consume o consumió algún tipo de drogas (85.4%) (Figura 13).

Figura 13

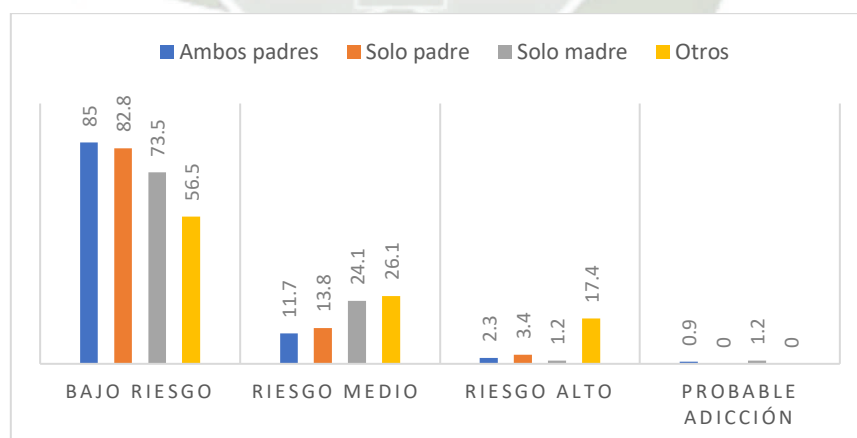
Distribución si consume o consumió algún tipo de drogas según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol



- Con respecto a la categoría **con quien vive**, se obtuvo un valor $p = 0.005$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre con quien vive y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y si vive con ambos padres (85%) es mayor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y viven con otras personas (56.5%) (Figura 14).

Figura 14

Distribución con quien vive según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol.

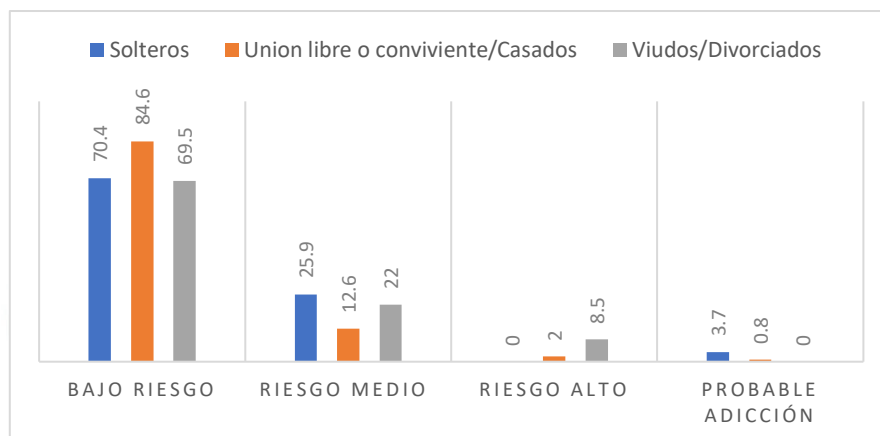


- Con respecto al **estado civil de los padres**, se obtuvo un valor $p = 0.011$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre el estado civil de los padres y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo con un estado civil de los padres de conviviente o casado (84.6%) es mayor en

comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y con un estado civil de los padres de viudos/divorciados (69.5%) (Figura 15).

Figura 15

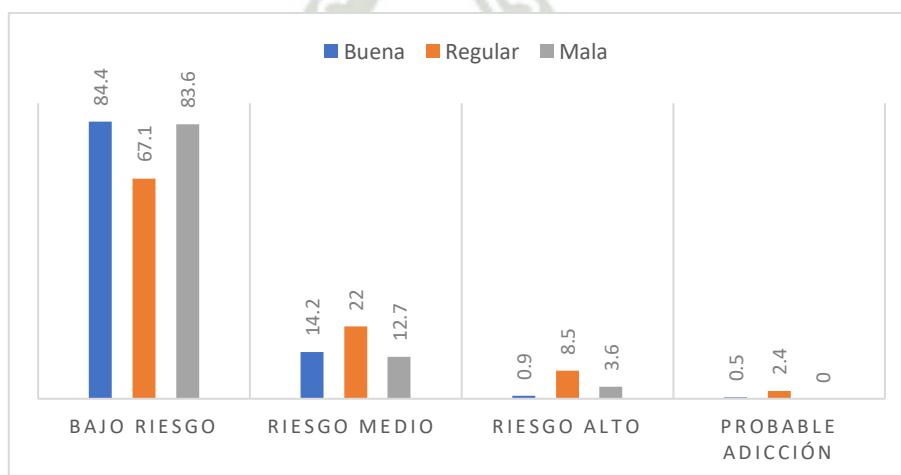
Distribución de estado civil de los padres según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol



- Con respecto a la **relación entre los padres**, se obtuvo un valor $p = 0.004$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto si hay asociación entre la relación entre los padres y el trastorno por consumo de alcohol. El porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo con una relación regular entre los padres (67.1%) es menor en comparación con el porcentaje de los participantes que tenían bajo riesgo y con una buena relación entre los padres (84.4%) (Figura 16).

Figura 16

Distribución de la relación entre los padres según escala AUDIT en adolescentes para trastorno por consumo de alcohol



DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo determinar si existe una asociación entre los trastornos por consumo de alcohol con la depresión en una muestra de adolescentes que cursaron estudios preuniversitarios en Arequipa en el periodo de abril a junio del 2024. El motivo de la investigación es debido a que tanto los trastornos por uso de sustancias, así como los trastornos del estado de ánimo, cada vez son más frecuentes en los adolescentes, los cuales traen desenlaces poco favorables en la vida futura de quienes la padecen, por ello es que ambos temas siguen siendo vigentes en la salud pública. A continuación, será hará la discusión primero de los objetivos específicos para finalizar con la discusión de resultados del objetivo general.

La muestra de estudio estuvo conformada por 348 adolescentes de ambos sexos, con un rango de edad entre 14 y 20 años. La **tabla 1** nos informa sobre los resultados de las características sociodemográficas que se encontraron en nuestra muestra de estudio: los participantes eran adolescentes que en su mayoría fueron del sexo masculino (50.9%), tenían una edad de 16 a 17 años (63.5%). Respecto a las características escolares, la mayoría tenía un grado de instrucción de secundaria completa (52.9%), pertenecieron o pertenecían a un colegio particular (67.5%) y tenían un buen desempeño escolar (66.7%). La mayoría no tenía enamorado(a) (72.4%), no habían iniciado su vida sexual (67.8%) y no habían sufrido maltrato físico (91.4%). Con respecto a conductas de riesgo, la mayoría no consume cigarrillos (71.0%), ni drogas (88.5%), pero la mayoría si consume o consumió alcohol (66.1%). Con respecto a la relación con sus padres, la mayoría vivía con ambos padres (61.2%), tenían dependencia económica de ambos padres (73.0%), los padres en su gran mayoría tenían un estado civil de conviviente/casados (74.1%), la mayoría de los padres y madres tenían una edad de 41-50 años (48.3% y 59.8%, respectivamente) y un grado de instrucción superior completa (62.0% y 62.4%, respectivamente), y la relación entre los padres era buena (60.6%).

Para la discusión se tomaron trabajos de investigación con las mismas variables de estudio y una población similar a la nuestra, en cuanto al tamaño de muestra hubieron muchos trabajos que se acercaban a las cifras de nuestro estudio, en algunos casos fueron con menor número de participantes como los trabajos de investigación de Zuta Lex, Villarreal María Paula, Rodríguez et al, Hernández et al, López Danery, Guizado Arlet y Lujan Ruth siendo dentro de estos, el estudio más pequeño de 137 participantes, otro estudio como el de Chávez Víctor fue el que más se acercó a la cifra de nuestra muestra con 384 participantes y hubo un estudio en que los participantes fueron casi el doble de nuestra muestra que fue el caso de Valarezo et al con 663 estudiantes (32,23,38,35,36,13,37,39). Por otro lado, los participantes en todos los estudios

fueron de ambos sexos, y en casi todos los estudios la cantidad de varones y mujeres buscaron ser casi la mitad a acepción de los estudios de Rodríguez et al y Robles Alexis donde predominaron los participantes de sexo femenino con 77.4% y 65.9% respectivamente (38,10). En cuanto la edad la gran mayoría de los estudiantes estaban en la etapa de la adolescencia, dentro de estos estudios, el trabajo de investigación con participantes de menos edad fue el de Hernández et al su rango fue de 10 a 19 años, mientras que el estudio que tomo participantes con mayor edad fue el de Rodríguez et al que tenían entre 18 a 25 años, por lo demás la media de las edades estuvo entre los 15, 16 y 17 años (35,38). Cabe recalcar que son pocos los estudios que tomaron más características sociodemográficas sin incluir la característica de sexo y edad que en general lo incluyeron todos. Zuta, Lex además de las características mencionadas tomaron el lugar de vivienda, tipo de material de construcción de la vivienda, con quien vive el adolescente, y si trabaja o no fuera de estudiar; también tenemos el estudio de Cabanillas et al que nos indica el grado de instrucción, tipo de colegio, y ámbito geográfico; el de Robles Alexis que además de sexo y edad nos indica la situación sentimental, distrito de residencia, religión, grado de estudio y familiar con quien vive (32,33,10). En todos los estudios antes mencionados no se investigó si había una correlación de estas características sociodemográficas con las variables de estudio. Además, es de interés nombrar que las investigaciones de Hernández et al y Rodríguez et al estudiaron dos características importantes de la muestra en este tema de investigación, el inicio precoz de consumo de alcohol y la cantidad de alcohol ingerido en un día típico (35,38).

A continuación en la tabla 2 de la sección de resultados, se aplicó la Escala de Birlson para determinar la frecuencia de depresión en nuestra muestra de pesquisa; lo cual revelo que el 46.3% de los participantes no tenía depresión, 35.1% presentaban sintomatología depresiva y que tan solo un 18.7% tenían problemas de depresión; a diferencia de nuestro estudio la gran mayoría de investigaciones utilizo el Inventarió de Beck II como instrumento de encuesta, teniendo así los trabajos de Zuta, Lex , León Yuliana y Vigo Milagros, Rodríguez et al, López Danery, Guizado Arlet y Lujan Ruth, con excepción del estudio de Robles Alexis quien utilizo la escala de depresión en adolescentes de Reynolds y Villarreal María Paula que utilizo la Escala de CDI (32,34,38,36,13,10). Dentro de los resultados más favorables tenemos al estudio de Rodríguez et al fue uno de los estudios con mayores participantes sin depresión o depresión mínima 67.9% y menor cantidad de personas con depresión 16.8%, al igual que el estudio de Villarreal María Paula que sus participantes presentaban 17.36% entre los que presentaban depresión moderada y severa resultado similar al nuestro (38,23), por otro lado, estudios como

López Danery, Zuta, Lex, Guizado Arlet y Lujan Ruth obtuvieron gran porcentaje de su muestra con problemas de depresión 57.7 %, 41% y 39.6% respectivamente (36,32,13). Trabajos como el de Rodríguez et al, Robles Alexis, León Yuliana y Vigo Milagros hallaron en sus estudios porcentaje muy altos de participantes que no padecían depresión 67.9%, 63.8% y 53% respectivamente (38,10,34).

Siguiendo con la discusión de resultados tenemos que en la Tabla 3 se utilizó El Test de AUDIT en adolescentes para determinar la frecuencia de consumo de riesgo la cual resulto en 80.2% de riesgo bajo para el consumo de alcohol, 15.8% de riesgo medio, 3.2% riesgo alto y 0.9% de los participantes que presentan probable adicción. Comparando con los otros estudios, la mayoría utilizo el mismo instrumento de investigación que nuestro estudio el Test de AUDIT con excepción del estudio de Arias et al y López Danery los cuales utilizaron el cuestionario de CAGE y un test para determinar el consumo de alcohol validado (26,36). En cuanto al consumo de riesgo alto se encontró que los trabajos de Chávez Víctor, Arias et al y López Danery fueron de los que mayor porcentaje tenían siendo de 36.54%, 31% y 28.1% respectivamente además en el estudio de Villarreal María Paula se halló un 4.41% de participantes que presentaba dependencia (39,26,36,23), resultado que fue mayor a nuestro estudio y a las demás investigaciones. Con parecidos resultados tenemos el estudio de Zuta, Lex la cual presento riesgo bajo en 87.8%, riesgo medio 7.9%, riesgo alto 2.9% y dependencia 1.4% y también el estudio de Guizado Arlet y Lujan Ruth donde los estudiantes tenían 84.9% de bajo riesgo de consumo, riesgo moderado 13.1% y el de dependencia del 2% (32,13). En cuanto al estudio de Robles Alexis fue el trabajo que tenía mayor porcentaje de consumo de bajo riesgo 89.2, y menor riesgo de dependencia de 0%; cabe recalcar que también el estudio de Chávez Víctor encontró una dependencia de 0%, pero el resultado de los adolescentes con consumo de alto riesgo estaba entre uno de los más altos (10,39).

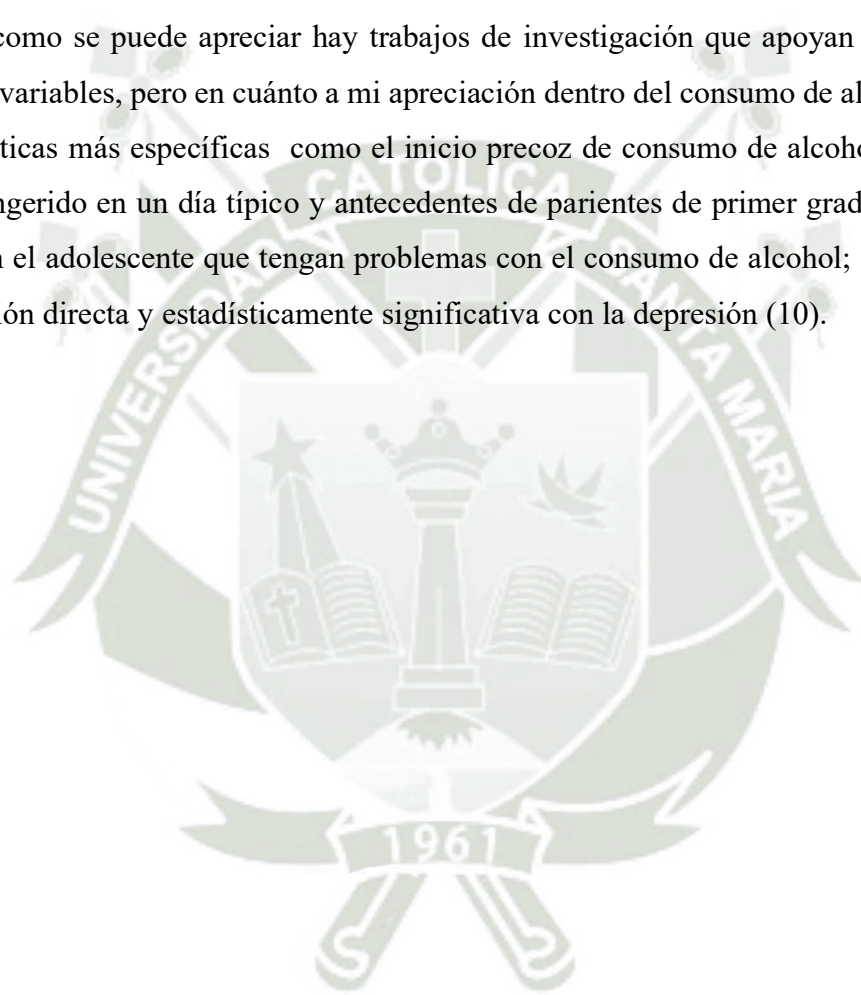
Ahora bien, en la Tabla 4 se informa sobre los resultados de la asociación de las características sociodemográficas con la depresión para ello se requirió de la prueba Chi cuadrado; los resultados fueron que las características como sexo, tener enamorado, maltrato físico, consumo de cigarrillos y la relación entre los padres si guardan una asociación estadísticamente significativa con la depresión. La gran mayoría de estudios sobre el tema no comparan las características sociodemográficas de las personas que conforman la muestra con las variables de estudio, unos cuantos realizaron sus comparaciones con características básicas de sexo y edad. Con similitud a nuestro trabajo Valarezo et al encontró una asociación con el sexo y el consumo de tabaco y no encontró asociación con la edad coincidiendo con nuestros resultados,

pero difiere en la asociación que tiene la depresión con el consumo de alcohol que no encontramos en nuestro estudio (37). Villarreal María Paula también encontró una relación entre sexo y depresión observándose que la depresión leve y la depresión severa poseían una relación estadística con el sexo femenino, a diferencia de nuestro estudio Villarreal si encontró relación de la depresión con la edad (23). En disparidad con nuestro estudio Rodríguez et al no encontró relación entre el sexo y la depresión lo que si hallo es una relación entre el inicio de consumo de alcohol, la cantidad de bebida etílica y la depresión que es un dato importante de mencionar (38).

En cuanto a las características sociodemográficas que están relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes se hizo uso de la prueba de Fisher y la información que nos dio se observa en la Tabla 5, la cual arroja los siguientes datos; tanto tener enamorado, el inicio de la vida sexual, consumo de alcohol, consumo de cigarrillos, consumo de drogas, con quien vive, estado civil de los padres y relación entre padres, todas estas características sociodemográficas poseen una relación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol. En similitud a los estudios de Villarreal María Paula, León Yuliana y Vigo Milagros hallamos que las adolescentes mujeres tenían mayor porcentaje de consumo de riesgo mínimo o nulo, pero en contraste con estos estudios nuestro porcentaje de mujeres también era mayor en el grupo de dependencia al alcohol que fue opuesto a lo que hallaron Villarreal María Paula, León Yuliana y Vigo Milagros quienes encontraron que en este grupo había más participantes varones que mujeres (23,34). Además, en el trabajo de investigación de Mamani Yoselyn se encontró una relación significativa entre la edad y el consumo de alcohol que difiere con nuestro estudio, pero no encontró relación con el sexo al igual que en nuestra investigación y la de Hernández et al, resultado que fue opuesto a lo que obtuvo Rodríguez et al que si encontró una relación entre el sexo y el consumo de alcohol (31,35,38).

Por último, hablaremos sobre el objetivo general de este estudio, la asociación entre depresión y consumo de alcohol en los adolescentes, para ello recurriremos a los resultados obtenidos al final de la Tabla 4 y la Tabla 5 donde se determinó que no había una relación estadísticamente significativa entre las dos variables, la depresión y el consumo del alcohol en adolescentes debido que al aplicar la prueba de Fisher nos dio como resultado un $p=0.2$ por lo cual se aceptó la hipótesis nula. Los estudios que obtuvieron el mismo resultado fueron los de Arias et al, León Yuliana y Vigo Milagros (26,34), por lo contrario los estudios de que van en contra a nuestros resultados fueron los de Zuta Yalta, Villarreal María Paula, Valarezo et al, López Danery, Guizado Arlet y Lujan Ruth (32,23,36,36,13), otros estudios no encontraron una

relación directa con el consumo de alcohol pero si encontraron una relación con temas que estarían asociados a este como el inicio precoz de consumo de alcohol respaldado en el estudio de Hernández et al y también la cantidad de alcohol ingerido en un día típico este y la otra característica mencionada antes se aprecian en el estudio de Rodríguez et al los cuales tendrían mayor importancia al estudiar la asociación del consumo de alcohol con la depresión (35,38). Otro estudio como el de Robles Alexis si bien no estudio la depresión si estudio un tema asociado como lo es la ideación suicida la cual tuvo una relación débil con el consumo de alcohol; como se puede apreciar hay trabajos de investigación que apoyan su asociación de estas dos variables, pero en cuánto a mi apreciación dentro del consumo de alcohol debe haber características más específicas como el inicio precoz de consumo de alcohol, la cantidad de alcohol ingerido en un día típico y antecedentes de parientes de primer grado o cercanos que vivan con el adolescente que tengan problemas con el consumo de alcohol; las cuales tengan una relación directa y estadísticamente significativa con la depresión (10).



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se determino que no existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y el consumo de alcohol en la muestra de adolescentes estudiada.
- SEGUNDA:** Se identifico que una tercera parte de los adolescentes presentaba síntomas de depresión y una quinta parte del total de adolescentes tenía depresión.
- TERCERA:** Se concluyo que la sexta parte de adolescentes presentaba riesgo medio de consumo de alcohol y que aproximadamente por cada 116 adolescentes de la muestra, había una adolescente que presenta dependencia a esta sustancia.
- CUARTA:** Se determino que las características sociodemográficas como: sexo, tener enamorado, maltrato físico, consumo de cigarrillos y la relación entre los padres, si guardan una asociación estadísticamente significativa con la depresión.
- QUINTA:** Se identifico que las características sociodemográficas que tienen una asociación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol son: tener enamorado, el inicio de la vida sexual, consumo de alcohol, consumo de cigarrillos, consumo de drogas, convivencia, estado civil de los padres y la relación entre estos.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se sugiere a los médicos cirujanos, psicólogos, enfermeras y demás profesionales de la salud que deseen investigar sobre este tema; estudiar características de la población que son relevantes como: el inicio precoz de consumo de alcohol, cantidad de consumo en un día típico, antecedentes de familiares con problemas de consumo de alcohol, además de región geográfica de procedencia y estatus económico.
- SEGUNDA:** Se recomienda a los psicólogos de las Instituciones educativas, sean estas particulares, estatales o parroquiales; que evalúen una o dos veces al año la presencia de trastornos depresivos y trastornos por consumo de alcohol y demás trastornos que puedan acontecer en la niñez y la adolescencia; y de encontrar estos problemas es importante que sean tratados de forma oportuna y pertinente.
- TERCERA:** Se sugiere a los padres de familia que asistan a los talleres o escuela de padres donde exijan la información sobre estos temas para que puedan actuar y tomen medidas frente a estos casos.
- CUARTA:** Se recomienda al personal de salud que se encuentren en puestos, centros de salud, hospitales y clínicas que realicen periódicamente conferencias a los colegios y a las universidades que se encuentren cerca de su jurisdicción, sobre los temas de depresión y trastornos por uso de sustancias, para fomentar la prevención y promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Causa de muerte o lesión. [Online].; 2023. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
2. Delgado et al. Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. Avances en psicología. 2017; 25(1): 59-71 Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/135>.
3. Pardo et al. Adolescencia y depresión. Rev Colom Psicol. 2004;(13): 17-32.
4. Abello et al. Infantile depression prevalence in Barranquilla official schools. Tesis Psicológica. 2014; 9(1): 190-201.
5. Oliva A, Antolín L. Cambios en el cerebro adolescente y conductas agresivas y de asunción de riesgos. Estudios de psicología. 2010; 31(1): 53-66 Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021093910790744563>.
6. Gobierno de España. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias; 2021 Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018; 2018 Disponible en: <https://iogt.org/wp-content/uploads/2018/09/WHO-GSR-Alcohol-2018.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Agentes clasificados por las monografías del IARC , volúmenes 1-137. [Online].; 2018. Available from: <https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/>.
9. Kleigman et al. Nelson Tratado de Pediatría; 2016.
10. Robles A. Depresión, disfunción familiar y consumo de alcohol asociados a ideación suicida en estudiantes de 3ro a 5to de secundaria del colegio milagro de Fátima, Huánuco 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2024 Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/item/755cad3e-2999-4e9d-9e73-e75cbfc009bb>.
11. Instituto de salud mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao 2012; 2013 Disponible en:

- <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>.
12. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018; 2018 Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>.
 13. Guizado A, Lujan R. Depresión y riesgo de dependencia al alcohol, en adolescentes de la institución educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2024 Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3f91165b-c568-4b5a-8059-295133b1bfec/content>.
 14. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica; 2018 Disponible en: https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/06/Kaplan_sadock-manual-de-psiquiatria.pdf.
 15. Nogales et al. Guía Clínica Depresión en Niños y Adolescentes; 2017 Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452952/3_Depresion_en_Niños_y_Adolescentes.pdf.
 16. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico, y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención; 2023 Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-136-2023-MINSA.pdf>.
 17. Cruzblanca et al. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud mental. 2016; 39(1): 47-58 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252016000100047&script=sci_arttext.
 18. Martínez N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. Anales de pediatría continuada. 2014; 12(6): 294-299 Disponible en: <https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/10/trastornos-depresivos-en-ninos-y-adolescentes.pdf>.
 19. American Psychological Association. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5: Editorial médica panamericana; 2014 Disponible en: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>.
 20. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades; 2018 Disponible en:

- https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf.
21. San Sebastián J, Manzanero R. Tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente. Revista de Anales de Pediatría Continuada. 2012; 10: 72-8 Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/78008839/s1696-2818_2812_2970068-920220104-11072-tnv6xd-libre.pdf?1641313459=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTratamiento_de_la_depresion_en_el_nino_y.pdf&Expires=1744300417&Signature=YEuzDvb9oFSyRQ8.
 22. González MdC. Propuesta de Intervención para el tratamiento de los Síntomas Depresivos y de Ansiedad en Adolescentes: [Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Psicología General Sanitaria]; 2020 Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42858/TFM_Gonzalez_Garcia_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 23. Villarreal MP. Depresión y consumo de alcohol en adolescentes del IE Mariscal Ramon Castilla-Piura 2020: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2022 Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9744/REP_MAR%c3%8dA.VILLAREAL_DEPRESION.Y.CONSUMO.DE.ALCOHOL.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 24. Franco N, Serrano P. Consumo de drogas en la adolescencia. Pediatría integral. 2022; 26(5): 306-3015 Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/07/Pediatrica-Integral-XXVI-5_WEB.pdf#page=60.
 25. Molina R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. Pediatría Integral. XVII. 2013; 16: 2013.
 26. Arias et al. Autoestima, ansiedad y depresión en adolescentes con consumo de riesgo de alcoholismo. Multimed. 2019; 23(3): 406-416.
 27. Iñarrairaegui M, Martínez D. Protocolo diagnóstico de la elevación de las transaminasas en el paciente alcohólico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016; 12(10): 591-595 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030454121630049X>.

28. Góngora et al. Comportamiento del alcoholismo en adolescentes. Acta medica del centro. 2019; 13(3): 315-327.
29. Luza E. Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2015 Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/82c8e4ef-b47f-4576-bc1e-7a51ce0d3cf0/content>.
30. Durand et al. Habilidades sociales y consumo de alcohol en estudiantes de dos instituciones educativas de nivel secundario de la ciudad de Arequipa. Revista de Psicología. 2022; 12(1): 107-133 Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/110548046/1486-libre.pdf?1705503727=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHabilidades sociales y consumo de alcoholo.pdf&Expires=1744308372&Signature=XiVtHbBVgv-9s35f1kQaf1ktptRtTrYt1lyvy9e0W5hlDD8ARrgwuOby](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/110548046/1486-libre.pdf?1705503727=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHabilidades%20sociales%20y%20consumo%20de%20alcoholo.pdf&Expires=1744308372&Signature=XiVtHbBVgv-9s35f1kQaf1ktptRtTrYt1lyvy9e0W5hlDD8ARrgwuOby).
31. Mamani Y. Factores relacionados al consumo de alcohol en adolescentes de una academia preuniversitaria de Arequipa, marzo - 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2024 Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/1151137>.
32. Zuta L. Ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso de la presencialidad en la I.E. San Fernando 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2023 Disponible en: <https://apirepositorio.unu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1b56dcbe-692b-4911-8aad-f105c4edf849/content>.
33. Cabanillas et al. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. 2020; 37: 148-154 Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5151>.
34. León Y, Vigo M. Consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología]; 2019 Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/965/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

35. Hernández et al. Influencia de la disfunción familiar y la depresión en el inicio del consumo de alcohol en adolescentes. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2015; 8(3): 174-176 Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/181/153>.
36. López D. Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de la institución educativa parroquial Santa Rosa de Lima – Huacho 2019: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2019 Disponible en: <https://repositorio.unjpsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3183/LOPEZ%20OLIVE%20RA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
37. Valarezo et al. Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. Health & Addictions/Salud y Drogas. 2021; 21(1) Disponible en: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagcd%3A9%3A33241769/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aagcd%3A149301449&crl=c&link_origin=scholar.google.com.
38. Rodríguez et al. Síntomas depresivos, conducta disocial y consumo de alcohol y mariguana en jóvenes universitarios. Revista internacional de investigación en adicciones. 2022; 8(2): 32-40 Disponible en: <https://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad-2022-2-05/366>.
39. Chávez, Víctor. ¿Están los síntomas de ansiedad asociados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años dentro del municipio de Mexicali en el estado de Baja California?: [Tesis para obtener el Grado Académico de Especialista en Psiquiatría]; 2020 Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/b92e6019-6cb0-430c-9682-78d38b4089e9/content>.
40. Hernandez R, Mendoza C. Metodología De La Investigación: mcGraw-Hill; 2014.
41. De la Peña et al. Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. Salud Mental. 1996; 19(3): 17-23.
42. Vivar et al. Validación de la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. Revista Peruana de Pediatría. 2005;: 24-30 Disponible en: <https://pediatria.pe/index.php/pedperu/article/view/144>.

43. Babor et al. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol; 2001 Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf?sequence=1>.





ANEXO 1

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Ficha N° _____

A continuación, se le invita a llenar la siguiente encuesta, le rogamos responder las siguientes preguntas de la manera más verídica posible, marque solo una opción por pregunta y asegúrese de responder todos los ítems.

De antemano se les agradece por su participación.

| | |
|---|--|
| GENERO | Masculino () Femenino () |
| EDAD | Menos de 14 años () 14 años () 15 años () 16 años () 17 años () 18 años () Más de 18 años () |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | Cuarto de secundaria () Quinto de Secundaria () Secundaria completa () Superior incompleta () |
| COLEGIO DE PROCEDENCIA | Particular () Nacional () Parroquial () |
| DESEMPEÑO ESCOLAR | Muy Bueno () Bueno () Regular () Malo () Muy Malo () |
| TIENE ENAMORADO (A) | Si () No () |
| INICIO SU VIDA SEXUAL | Si () No () |
| SUFRIÓ O SUFRE MALTRATO FISICO | Si () No () |
| ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME CIGARRILLOS | Si () No () |
| ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME ALCOHOL | Si () No () |
| ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME ALGUN TIPO DE DROGA | Si () No () |
| CON QUIEN VIVE | Ambos padres () Solo padre () Solo madre () Tíos () Abuelos () Otros () |
| ECONOMICAMENTE USTED DEPENDE DE | Ambos padres () Solo padre () Solo madre () Tíos () Abuelos () Otros () |

| | |
|---|---|
| ESTADO CIVIL DE SUS PADRES | Solteros () Unión libre () Casados () Divorciados () Viudos () Desconoce () |
| EDAD DE SU PADRE | 20 a 30 años () 30 a 40 años () 40 a 50 años () 50 a 60 años () 60 a 70 años () Desconoce () |
| EDAD DE SU MADRE | 20 a 30 años () 30 a 40 años () 40 a 50 años () 50 a 60 años () 60 a 70 años () Desconoce () |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE SU PADRE | Sin estudios() Primaria() Secundaria() Superior incompleta() Superior completa() Maestría() Doctorado() Desconoce() |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE SU MADRE | Sin estudios() Primaria() Secundaria() Superior incompleta() Superior completa() Maestría() Doctorado() Desconoce() |
| COMO CONSIDERA LA RELACION ENTRE SUS PADRES | Muy Buena () Buena () Regular () Mala () Muy Mala () |

Nota: López, (36).

ANEXO 2

ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES:

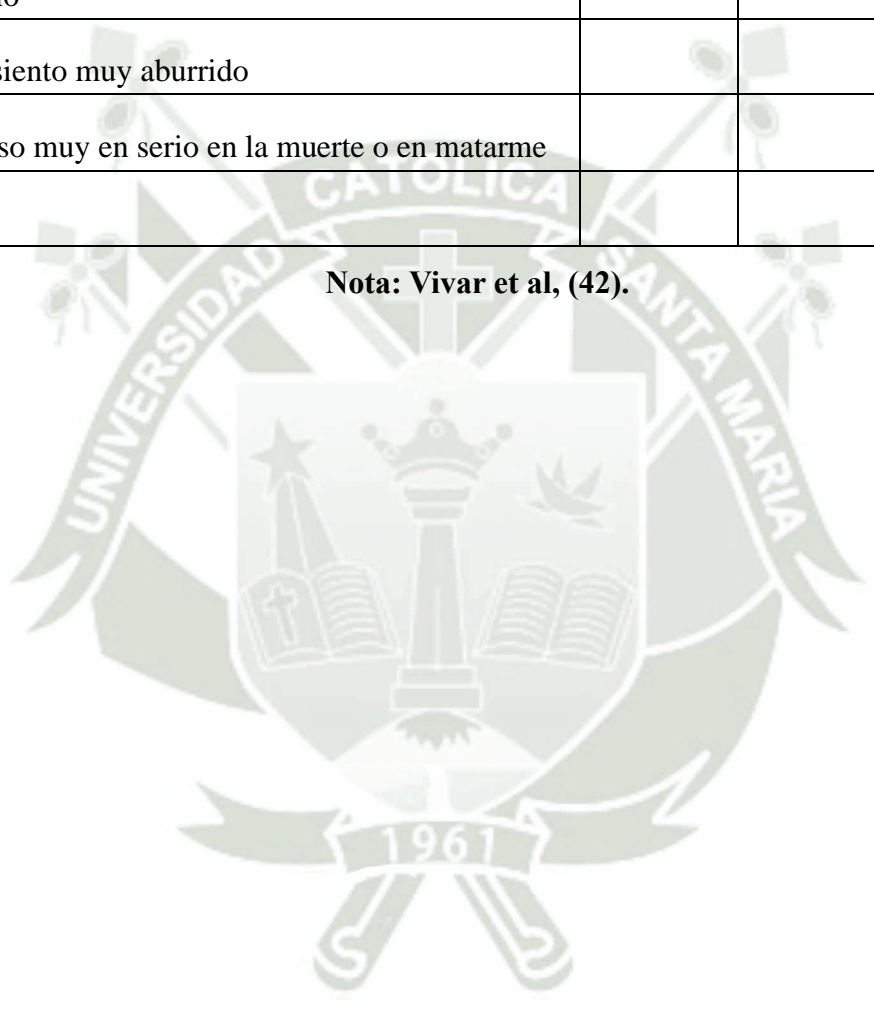
A continuación, marque con una equis (x) en los casilleros de siempre, algunas veces o nunca de las cuales solo deberá escoger una opción para contestar a cada una de las preguntas formuladas en la encuesta y recuerde que su respuesta deberá ser honesta, del cómo se ha sentido en estas dos últimas semanas.

De antemano se le agradece su participación.

| | Siempre | Algunas veces | Nunca |
|---|---------|---------------|-------|
| 1.-Me interesan las cosas tanto como antes | | | |
| 2.-Duelmo muy bien | | | |
| 3.-Me dan ganas de llorar | | | |
| 4.-Me gusta salir con mis amigos | | | |
| 5.-Me gustaría escapar, salir corriendo | | | |
| 6.-Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo | | | |
| 7.-Tengo ganas de hacer las cosas | | | |
| 8.-Disfruto la comida | | | |
| 9.-Puedo defenderme por mí mismo | | | |
| 10.-Pienso que no vale la pena vivir | | | |
| 11.-Soy bueno para las cosas que hago | | | |
| 12.-Me molesto y me irrito por cualquier cosa | | | |
| 13.-Disfruto lo que hago, tanto como lo hacía antes | | | |
| 14.-Me vuelvo olvidadizo y/o distraído | | | |
| 15.-Tengo sueños horribles | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 16.-Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo | | | |
| 17.-Me siento muy solo | | | |
| 18.-Puedo alegrarme fácilmente | | | |
| 19.-Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo | | | |
| 20.-Me siento muy aburrido | | | |
| 21.-Pienso muy en serio en la muerte o en matarme | | | |
| TOTAL | | | |

Nota: Vivar et al, (42).



ANEXO 3

**TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL”
AUDIT EN ADOLESCENTES**

INSTRUCCIONES:

A continuación, lea las preguntas y escriba en el casillero un número del 0 al 4, solo podrá elegir una opción de acuerdo con el consumo de bebidas alcohólicas que tuvo en el último año es importante recalcar que la información brindada por su persona sea veraz.

| | | |
|---|---|--|
| <p>1.- ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> | <p>0) Nunca 1) 1 o menos meses al mes 2) De 2 a 4 veces al mes 3) De 2 a 3 veces a la semana 4) 4 o más veces a la semana</p> | |
| <p>2.- ¿Cuántos TRAGOS de alcohol sueles tomar en un día de consumo normal?</p> | <p>0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7, 8 o 9 4) 10 o mas</p> | |
| <p>3.- ¿Con que frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día?</p> | <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Casi a diario o a diario</p> | |
| <p>TOTAL</p> | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>4.- En el curso del último año ¿Con que frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había comenzado?</p> | <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Casi a diario o a diario</p> | |
| <p>5.- En el curso del último año ¿Con que frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> | <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Casi a diario o a diario</p> | |
| <p>6.- En el curso del último año ¿Con que frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> | <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Casi a diario o a diario</p> | |
| <p>7.- En el curso del último año ¿Con que frecuencia a tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> | <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Casi a diario o a diario</p> | |
| <p>8.- En el curso del último año ¿Con que frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> | <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | 4) Casi a diario o a diario | |
| 9.- ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | 0) No 2) Si, pero no en este último año 4)Si, el último año | |
| 10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? | 0) No 2) Si, pero no en este último año 4)Si, el último año | |
| TOTAL | | |

Nota: Babor et al, (43).

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Estimado Estudiante, le agradecemos su participación en el siguiente estudio y procedemos a entregar la siguiente información:

| | |
|------------------------|--|
| Investigación | <i>“Niveles De Depresión Y Su Asociación Con Trastornos Por Uso De Sustancias En Una Muestra De Adolescentes Que Cursan Estudios Preuniversitarios En Arequipa, Abril - Junio Del 2024”</i> |
| Investigador | Bachiller de Medicina Romelia Arias Portugal *En caso de presentar dudas sobre la investigación, puede comunicarse al correo electrónico romelia.helen.12@gmail.com. |
| Objetivo | Determinar si existe asociación entre los niveles de depresión y el trastorno por uso de sustancias (consumo de alcohol) en adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios. |
| Instrumento | A) Una ficha sociodemográfica B) Dos instrumentos de investigación (cuestionarios virtuales) |
| Duración | 10 a 12 minutos aproximadamente |
| Consideraciones | <ul style="list-style-type: none"> - Su participación en la investigación es voluntaria, al igual que su deserción. - Su participación implica completar una ficha sociodemográfica y dos encuestas que son los instrumentos de investigación (test AUDIT y escala de Birleson modificada) - Los participantes tienen derecho de realizar cualquier pregunta al respecto de la investigación durante todo el proceso que este implique. - La información brindada por su persona será manejada con cautela y confidencialidad. - Usted no correrá ningún riesgo de ninguna índole, al completar estas encuestas - No incurrirá en ningún costo financiero al participar del proyecto |

Declaración De Consentimiento Informado/ Autorización

Mediante el presente documento declaro haber sido informado de los detalles de la investigación, he tenido la oportunidad de plantear preguntas y que las mismas han sido absueltas.

Acepto participar en la presente investigación de forma voluntaria siendo consciente que puedo retirarme del mismo en cualquier momento, y otorgo la autorización al investigador para procesar la información que he brindado de forma voluntaria al completar la ficha y los cuestionarios, en base a la información previamente expuesta.

| | |
|--|--|
| Nombre del participante que da su autorización | |
| DNI del participante | |
| Firma y/o huella del participante que da su autorización | |
| Nombre / DNI del investigador | Romelia Helen Arias Portugal 73129934 |

ANEXO 5

OFICIO PARA AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Universidad Católica
de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 01 de julio del 2024

Oficio N° 332-FMH-2024

Señor Mgter.
JOSE LUIS FEDERICO ALBARRACÍN
DIRECTOR DE ADMISIÓN
Presente

Asunto: Autorización Trabajo de Investigación

Ref.: Expediente E-2024-010653

De mi consideración

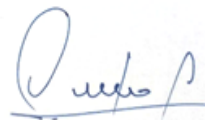
Es grato dirigirme a usted, solicitando su autorización a efecto de que el/la/los estudiante(s) **ROMELIA HELEN ARIAS PORTUGAL**, con DNI 73129934 y código universitario 2015600072, pueda(n) llevar a cabo su Trabajo de Investigación titulado “**NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES QUE CURSAN ESTUDIOS PREUNIVERSITARIOS EN AREQUIPA, ABRIL - JUNIO DEL 2024**”, consistente en la realización de encuestas y, en el horario que designe su Dirección. Se adjunta la solicitud de requerimiento del (a)(los) interesado(a)(os).

Dicho trabajo ha sido aprobado por el Jurado Dictaminador respectivo, para lo cual, se adjunta el dictamen aprobatorio.

Finalmente, mucho le agradeceré, concederle las facilidades del caso, a nuestro(a)(os) estudiante(s), únicamente con fines académicos.

Agradeciendo anticipadamente por la atención dispensada al presente, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. ALEJANDRO MIRANDA PINTO
Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Católica de Santa María

AMP/Decano
Bif

ANEXO 6

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA UCSM

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 1 de julio de 2024

Investigadora Arias Portugal, Romelia Helen

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Niveles de depresión y su asociación con trastornos por uso de sustancias en una muestra de adolescentes que cursan estudios preuniversitarios en Arequipa, Abril - Junio del 2024”.

Investigadora: Arias Portugal, Romelia Helen.

TIPO Y DISEÑO: Descriptivo, observacional, transversal, de asociación simple, de campo.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar si existe asociación entre los niveles de depresión y el trastorno por uso de sustancias (consumo de alcohol) en una muestra de adolescentes que están cursando estudios preuniversitarios.



PROCEDIMIENTOS: Ficha sociodemográfica y dos cuestionarios.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

SUJETOS DE ESTUDIO:

Población adolescente que forme parte del alumnado del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
136 - 2024



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com



ANEXO 7
MATRIZ DE DATOS

| Matriz de Datos Sociodemográficos | | | | | | | | | | | | | | | | Matriz de Datos de Instrumentos de Investigación | | | | | |
|-----------------------------------|------------|---|--|---|--|------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|---|---|--|
| Co | d.I | Edad (0=<14a, 1=14a, 2=15a, 3=16a, 4=17a, 5=18a, 6=19a, 7=>19a) | G. I. (0=4to sec, 1=5to sec, 2=Sec. com p., 3=Superimp.) | Colegio (0=Particular, 1=Nacional, 2=Parr. quial) | Desempeño Esc. (0=Muy Bueno, 1=Bueno, 2=Regular, 3=Malo, 4=Muy Malo) | Enamorado (0=Si, 1=No) | Vida Sexual (0=Si, 1=No) | Sufre o sufrió de maltrato físico (0=Si, 1=No) | Consumió Cigarillos (0=Si, 1=No) | Consumió Alcohol (0=Si, 1=No) | Consumió algún tipo de Drogas (0=Si, 1=No) | Con quien vive (0=ambos padres, 1=solo padre, 2=solo madre, 3=tios, 4=abuelos, 5=otros) | Dependencia Económica (0=Ambos padres, 1=Solo padre, 2=Solo madre, 3=Tios, 4=Abuelos, 5=Otros) | Estado Civil de los Padres (0=Solteros, 1=Unión libre o conviviente, 2=Casados, 3=Divorciados, 4=Viudos, 5=Desconocidos) | Edad de su Padre (0=<30a, 1=30-40a, 2=41-50a, 3=51-60a, 4=>60a, 5=Desconocido) | Edad de su Madre (0=<30a, 1=30-40a, 2=41-50a, 3=51-60a, 4=>60a, 5=Desconocido) | G.I. de su Padre (0=Sin estudios, 1=Primaria, 2=Secundaria, 3=Superior incompleta, 4=Superior completa, 5=Desconocido) | G.I. de su Madre (0=Sin estudios, 1=Primaria, 2=Secundaria, 3=Superior incompleta, 4=Superior completa, 5=Desconocido) | Relación entre los Padres (0=Muy buena, 1=Buena, 2=Regular, 3=Mala, 4=Muy mala) | Escala de Birleson Modificada para Niños y Adolescentes (0=Sin depresión, 1=Sintomatología de depresión, 2=Depresión) | Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT en adolescentes (0=Bajo riesgo, 1=Riesgo medio, 2=Riesgo alto, 3=Probable) |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | adició n) |
| Inf 1 | 1 | 6 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | |
| Inf 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 3 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 4 | 1 | 7 | 3 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 5 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 6 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 7 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 8 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 9 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 10 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 11 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 12 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 13 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 14 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 15 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 0 | 2 |
| Inf 16 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 | 1 |
| Inf 17 | 1 | 6 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 5 | 2 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 18 | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 19 | 1 | 5 | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 20 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 21 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 0 | 1 |
| Inf 22 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Inf 23 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| Inf 24 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 25 | 1 | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 26 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 27 | 0 | 5 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 28 | 0 | 7 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 |
| Inf 29 | 0 | 7 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Inf 30 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 31 | 1 | 7 | 3 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 32 | 1 | 6 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| Inf 33 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 34 | 1 | 7 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 35 | 1 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 36 | 1 | 4 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 37 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 38 | 1 | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Inf 39 | 1 | 5 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 40 | 1 | 7 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 41 | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 42 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 43 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 44 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 45 | 1 | 7 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 46 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 47 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 48 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 | 0 | 1 | 1 |
| Inf 49 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 50 | 1 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 51 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Inf 52 | 1 | 7 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 53 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 54 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 55 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 56 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 57 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 58 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 59 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 60 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 61 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 62 | 1 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 63 | 0 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 64 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 | 2 | 5 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 65 | 1 | 5 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 66 | 1 | 5 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 | 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 67 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 68 | 1 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 69 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 70 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 71 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 72 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 73 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 74 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 75 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 76 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 5 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| Inf 77 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 78 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| Inf 79 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 80 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 81 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 82 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| Inf 83 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Inf 84 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 85 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 86 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 87 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 88 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 89 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 90 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 2 | 1 |
| Inf 91 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 1 |
| Inf 92 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 93 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 0 |
| Inf 94 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 95 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 96 | 1 | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 97 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 98 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 99 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 0 |
| Inf 100 | 0 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 101 | 0 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 102 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 0 |
| Inf 103 | 1 | 6 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 104 | 1 | 5 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Inf 105 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 106 | 1 | 4 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 107 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 108 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 109 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 110 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| Inf 111 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 112 | 0 | 4 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 113 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 114 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 115 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| Inf 116 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 3 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| Inf 117 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Inf 118 | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 119 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 120 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 121 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 |
| Inf 122 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| Inf 123 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 124 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 125 | 1 | 6 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 126 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 127 | 0 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 128 | 0 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 129 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 130 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 131 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 132 | 1 | 5 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 133 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 134 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 135 | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 136 | 1 | 6 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 5 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 2 |
| Inf 137 | 0 | 7 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 138 | 1 | 4 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 139 | 1 | 5 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 140 | 1 | 5 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 141 | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 142 | 0 | 5 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 143 | 0 | 4 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | 1 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| Inf 144 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 145 | 0 | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 146 | 0 | 5 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 147 | 0 | 5 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 148 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 149 | 0 | 4 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| Inf 150 | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 151 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 152 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Inf 153 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 2 | 1 |
| Inf 154 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 155 | 0 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 156 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 157 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 158 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 159 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 160 | 0 | 5 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 3 |
| Inf 161 | 0 | 5 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 162 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 163 | 1 | 6 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 164 | 0 | 5 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 165 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 166 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 167 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 0 | 2 |
| Inf 168 | 0 | 6 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 0 |
| Inf 169 | 0 | 7 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 170 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 171 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 172 | 0 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 1 | 0 |
| Inf 173 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 174 | 0 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 175 | 0 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 176 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 177 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 178 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 179 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 180 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 181 | 0 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 5 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 182 | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 183 | 0 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 184 | 0 | 6 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 185 | 0 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 186 | 1 | 5 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 2 |
| Inf 187 | 1 | 4 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| Inf 188 | 1 | 5 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 |
| Inf 189 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 190 | 0 | 5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 191 | 0 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| Inf 192 | 0 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 193 | 0 | 5 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 194 | 1 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 195 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 196 | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 197 | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 198 | 0 | 6 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 |
| Inf 199 | 0 | 4 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 200 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 201 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 202 | 0 | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 203 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 204 | 0 | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 |
| Inf 205 | 0 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| Inf 206 | 0 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 207 | 0 | 5 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Inf 208 | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 209 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 210 | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 4 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 211 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 212 | 0 | 4 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 213 | 0 | 6 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 214 | 0 | 7 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 215 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 216 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 217 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 5 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 218 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 219 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 220 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 221 | 0 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 222 | 1 | 6 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 223 | 0 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 224 | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 225 | 0 | 5 | 2 | 0 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 226 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 227 | 0 | 4 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 228 | 0 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 229 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 230 | 0 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| Inf 231 | 1 | 6 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 232 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 233 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 234 | 0 | 4 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 235 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 236 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 237 | 0 | 6 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 238 | 1 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 239 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 240 | 1 | 6 | 3 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 241 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| Inf 242 | 0 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 243 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 244 | 1 | 4 | 1 | 0 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 5 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 245 | 0 | 7 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 246 | 1 | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 247 | 1 | 6 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 248 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 249 | 1 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Inf 250 | 0 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 251 | 0 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 252 | 1 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| Inf 253 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 254 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 255 | 0 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 256 | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 257 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 258 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 259 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 260 | 1 | 6 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Inf 261 | 0 | 4 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 262 | 0 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 263 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 264 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 265 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 266 | 1 | 5 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 267 | 0 | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 268 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 269 | 0 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 270 | 0 | 4 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| Inf 271 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 272 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 273 | 0 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 274 | 0 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 4 | 2 | 0 |
| Inf 275 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 276 | 1 | 4 | 1 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 277 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 278 | 0 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 279 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 280 | 1 | 4 | 2 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 281 | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 1 | 0 |
| Inf 282 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 283 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 |
| Inf 284 | 1 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 285 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 286 | 1 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Inf 287 | 0 | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 288 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 289 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 290 | 1 | 6 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 291 | 0 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 292 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 293 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 294 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 295 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 296 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 297 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 298 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 1 | 0 |
| Inf 299 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 300 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 301 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 302 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 303 | 0 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 304 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 0 |
| Inf 305 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 0 |
| Inf 306 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 307 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 308 | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Inf 309 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 310 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 311 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 312 | 1 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 313 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| Inf 314 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| Inf 315 | 0 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| Inf 316 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 317 | 1 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| Inf 318 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Inf 319 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 320 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 321 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 322 | 0 | 7 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 323 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 324 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 325 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 326 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 327 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| Inf 328 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 329 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 330 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 331 | 1 | 7 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 332 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Inf 333 | 1 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Inf 334 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 |
| Inf 335 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inf 336 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 337 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 338 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Inf 339 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 340 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Inf 341 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Inf 342 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 343 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 0 | 1 |
| Inf 344 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Inf 345 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Inf 346 | 1 | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Inf 347 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 0 |
| Inf 348 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 |