



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

**TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**“Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de bachillerato de dos colegios mixtos diurnos de la ciudad de Quito”.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN.**

AUTOR: Barreno Rodríguez Dustin Hoffoman

DIRECTORA: Moreno Yaguana, Paulina Elizabeth, MSc.

**CENTRO UNIVERSITARIO VILLA FLORA**

2015



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2015

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Magíster:

Paulina Elizabeth Moreno Yaguana.

### **DOCENTE DE TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de bachillerato de dos colegios mixtos diurnos de la ciudad de Quito”, realizado por Dustin Hoffoman Barreno Rodríguez, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 11 de noviembre de 2015.

f).....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Barreno Rodríguez Dustin Hoffoman, declaro ser el autor del presente trabajo de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de bachillerato de dos colegios mixtos diurnos de la ciudad de Quito, de la Titulación de PSICOLOGÍA GENERAL, siendo la Magíster Paulina Moreno Yaguana directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del Patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....

Autor: Barreno Rodríguez Dustin Hoffoman

C.I.: 1711342525

## **DEDICADO A:**

Dios, por darme salud durante el periodo de estudios; por otorgarme los recursos necesarios para la consecución de mis objetivos; por darme el conocimiento y la sabiduría que se requieren para obtener el éxito académico.

Mi querida familia: Alexandra, mi esposa; Leonel, Jazmín y Winston, mis hijos, Por brindarme su apoyo constante durante los años de estudio, y llevar conmigo las privaciones y sacrificios de toda índole que implica estudiar y culminar esta importante carrera.

## **AGRADECIMIENTO:**

A mi Dios Todopoderoso, dueño y dador del conocimiento, la sabiduría y la inteligencia (Prov. 2:7), quien ha estado conmigo durante estos años de estudio, enseñándome cómo debo vivir, guiándome por el camino recto, sosteniéndome para que no caiga y levantándome para que no quede caído.

A mi querida familia, por su paciencia y apoyo constante, sobre todo en los momentos de desánimo a causa de las privaciones financieras.

A mis maestros, porque con su sabiduría, aún a la distancia fueron guía, sostén y apoyo para alcanzar el éxito en la meta trazada; sintiendo muchas veces que compartían conmigo la responsabilidad de los objetivos, como si fuera de ellos; de manera especial, a la Magíster Paulina Moreno, Directora de Tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3

### **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

1.1. Salud mental.....	7
1.1.1. Definición.....	7
1.1.2. Factores asociados a la salud mental.....	8
1.1.2.1. Personalidad.....	8
1.1.2.2. Estrés.....	15
1.1.2.3. Apoyo social.....	17
1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.....	20
1.1.2.5. Compromiso vital.....	21
1.1.2.6. Resiliencia.....	22

1.1.2.7.	Ansiedad y depresión.....	23
1.1.2.8.	Satisfacción vital.....	26
1.2.	Consumo de drogas.....	27
1.2.1.	Drogas legales e ilegales.....	29
1.2.2.	Clases de drogas.....	31
1.2.2.1.	Depresivos o sedantes.....	31
1.2.2.2.	Estimulantes.....	31
1.2.2.3.	Alucinógenos.....	32
1.2.3.	Consumo problemático de drogas.....	33
1.2.4.	Consumo problemático de alcohol.....	33
1.2.5.	Causas del consumo de drogas.....	34
1.2.6.	Consecuencias del consumo de drogas.....	36
1.3.	Adolescencia.....	38
1.3.1.	Desarrollo biológico.....	40
1.3.1.1.	Mecanismos del desarrollo.....	40
1.3.1.2.	Crecimiento físico.....	41
1.3.1.3.	Maduración sexual.....	41
1.3.2.	Desarrollo social.....	42
1.3.3.	Desarrollo psicológico.....	42

## **CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA**

2.1.	Objetivos.....	48
2.1.1.	Objetivo general.....	48
2.1.2.	Objetivos específicos.....	48
2.2.	Diseño de la investigación.....	48

2.3.	Contexto.....	49
2.4.	Población y muestra.....	49
2.5.	Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.....	50
2.6.	Procedimiento.....	52
2.7.	Recursos.....	53
<b>CAPITULO 3: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>		
3.1.	Datos psicosociales.....	55
3.2.	Análisis de resultados generales.....	56
3.3.	Análisis comparativo de resultados.....	67
<b>CAPÍTULO 4:</b>		
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>		<b>72</b>
<b>REFERENCAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>83</b>
ANEXO “A”	Cronograma de programa de investigación	
ANEXO “B”	Carta a rectores de instituciones educativas	
ANEXO “C”	Consentimiento informado del rector	
ANEXO “D”	Consentimiento informado de padres	
ANEXO “E”	Asentimiento informado de estudiantes	
ANEXO “F”	Cuestionario de factores psicosociales	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Fases o etapas del desarrollo de la personalidad.....	11
Tabla 2	
Clases de drogas y sus efectos.....	32
Tabla 3	
Principales trastornos que se desarrollan en la adolescencia.....	44
Tabla 4	
Baterías de instrumentos psicológicos.....	51
Tabla 5	
Frecuencia PSS-14.....	57
Tabla 6	
Frecuencia AAQ-7.....	59
Tabla 7	
Frecuencia Type A.....	60
Tabla 8	
Frecuencia UCLA.....	62
Tabla 9	
Frecuencia Brief Resilience Scale BRS.....	63
Tabla 10	
The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test ASSIST.....	64
Tabla 11	
Frecuencia PQH-9.....	65
Tabla 12	
Satisfaction Life Question-SLQ.....	66

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	
Sexo.....	55
Figura 2	
Edad.....	55
Figura 3	
Año de bachillerato.....	56
Figura 4	
Figura de la batería con resultados estandarizados.....	57
Figura 5	
Figura del Test de AUDIT.....	59
Figura 6	
Figura de los test con resultados estandarizados género femenino.....	67
Figura 7	
Figura de los test con resultados estandarizados género masculino.....	68

## RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del presente trabajo es describir las variables psicosociales que inciden en el consumo de sustancias y la salud mental, en estudiantes de bachillerato de dos colegios mixtos diurnos de la ciudad de Quito. La muestra la conforman 45 estudiantes de ambos sexos, de entre 14 y 17 años.

Los resultados se presentan de manera gráfica en una escala estandarizada de cero a diez (0 – 10) puntos. 5 es el valor medio. Las puntuaciones entre 0 y 4 equivalen a bajo; y, entre 6 y 10, alto.

El estrés obtuvo cinco; inflexibilidad psicológica, cuatro; consumo problemático de alcohol, uno; personalidad tipo A, siete; soledad, siete; resiliencia, seis; consumo de otras drogas, cero; ansiedad/depresión, tres; y, satisfacción de vida, siete.

Los varones perciben menos estrés que las mujeres; las mujeres puntúan más alto en inflexibilidad psicológica; coinciden en cuanto al consumo de alcohol y personalidad tipo A; las mujeres perciben menor apoyo social (mayor soledad); coinciden en resiliencia y depresión/ansiedad; en satisfacción vital las mujeres superan a los varones.

Palabras claves: consumo de sustancias, salud mental, adolescentes y apoyo social.

## **ABSTRACT**

The aim of this paper is to describe the psychosocial variables that influence substance use and mental health, high school students from two schools in the daytime mixed city of Quito. The sample consisted 45 students of both sexes, aged between 14 and 17 years.

The results are presented graphically on a standardized scale of zero to ten (0-10) points. 5 is the mean value. Scores between 0 and 4 are equivalent to low; and between 6 and 10 high.

Stress got five; psychological inflexibility four; problematic alcohol, one; Type A seven personality; solitude seven; resilience six; use of other drugs, zero; anxiety / depression, three, and life satisfaction seven.

Males earn less stress than women; Women score higher on psychological inflexibility; agree as to alcohol and type A personality; women receive less social support (greater loneliness); agree resilience and depression / anxiety; life satisfaction in women outnumber men.

Keywords: substance abuse, mental health, social support and teenagers.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias en adolescentes es un fenómeno que toma fuerza en la sociedad actual; incluye a las familias de todos los estratos sociales, y afecta todos los ámbitos de la sociedad. Lo que preocupa es que cada vez más los jóvenes empiezan el consumo de sustancias a una edad más temprana. Un estudio realizado en Calarcá, Quindío, Colombia reveló que los adolescentes comienzan el consumo de alcohol entre los 15 y 18 años; sin embargo, el 14,2% de las mujeres y el 17,8% de los hombres iniciaron el consumo antes de los 10 años (Gil, González y Perdomo, 2010).

En una investigación realizada en la ciudad de México, el 32.9% de los adolescentes fumadores iniciaron esta conducta antes de los 13 años. Entre los 14 y 15 años de edad, los adolescentes fumadores aumentan cuatro veces su consumo (Villatoro, et al., 2012). De acuerdo a varios estudios, el consumo problemático de sustancias estupefacientes, está precedido por el consumo de tabaco y alcohol, asunto que no es percibido de la misma manera por la sociedad en general.

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), “aproximadamente el 20% de niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales”; sin embargo, las autoridades aún no han considerado esta problemática como un asunto prioritario, razón por la cual, los índices de afecciones mentales son cada vez más altos en la población adolescente.

Existen diversas investigaciones en torno a esta temática que justifican la relevancia de la misma. Es así como en un estudio realizado en un centro de acogimiento para niños y adolescentes en Chile, el 25.4% de adolescentes estaba recibiendo o había recibido durante los últimos dos años tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por problemas de salud mental (Sainero, del valle y Bravo, 2015). Por otro lado, el presupuesto asignado para salud mental por parte de los estados es mínimo. Así por ejemplo, en México hasta el 2013, solo el 2% del presupuesto total asignado para salud estaba destinado a la salud

mental (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván, 2013). En Ecuador, existen pocos estudios en comparación con la gravedad de la problemática.

Se entiende por salud mental las capacidades conscientes del individuo, que le permiten afrontar las tensiones de la vida con eficacia. Los factores que inciden en la salud mental son la personalidad, el estrés, el apoyo social, la inflexibilidad psicológica, el compromiso vital, la resiliencia, el grado de ansiedad y/o depresión y la satisfacción vital.

El consumo de drogas ha existido junto con el hombre. Los motivos para su consumo en otras épocas eran religiosos, médicos o productivos. El hombre moderno se relaciona con las drogas con fines netamente hedonistas y/o comerciales, por lo cual las autoridades desde el punto de vista jurídico, las determinan como legales e ilegales. De acuerdo a los efectos que producen, las drogas se clasifican en depresivas, estimulantes y alucinógenas.

Debido a los cambios físicos, biológicos y psicológicos, la adolescencia es una etapa de riesgo para el consumo de sustancias y el desarrollo de psicología anormal. Los trastornos mentales que pueden darse en la adolescencia son en un número aproximado de treinta.

El presente trabajo se justifica, primeramente porque es parte de la misión de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL): desarrollar y dirigir “un espíritu de investigación que contribuya al desarrollo de las ciencias experimentales y experienciales” (UTPL, 2015); en segundo lugar, porque es un estudio actualizado y apegado a las normas técnicas de la investigación científica, constituyéndose en una herramienta útil a favor de las instituciones investigadas, para emprender acciones preventivas y correctivas en el consumo de sustancias en la población estudiantil; también, porque el Investigador pudo conocer más a fondo y valorar las causas y consecuencias relacionadas con la problemática investigada, lo cual finalmente resulta en un aporte positivo para la sociedad.

Es factible porque cuenta con los recursos necesarios para la investigación. La UTPL brindó asesoría técnica antes y durante el proceso investigativo; los recursos humanos representados por el investigador y los participantes; al igual que los recursos tecnológicos, materiales y financieros en cantidad y calidad pertinentes; y, los recursos legales, como la autorización por parte de las instituciones educativas, el consentimiento y asentimiento firmados por padres y estudiantes respectivamente.

El presente trabajo tiene por objetivo describir las variables psicosociales que intervienen directa o indirectamente en el consumo de sustancias y la salud mental de los adolescentes de entre 14 y 17 años de dos instituciones educativas mixtas de la ciudad de Quito; a la vez, seleccionar dichas variables consideradas de riesgo y/o de protección para el desarrollo de la problemática planteada. Los objetivos fueron alcanzados de acuerdo a lo planificado, de lo cual se da evidencia objetiva, concreta y verificable en el informe presentado en las siguientes páginas. En la presente investigación, los métodos utilizados son el descriptivo y el estadístico.

**CAPÍTULO 1**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1.1. Salud mental.**

### **1.1.1. Definición.**

Uno de los temas que ha cobrado interés entre las autoridades y organismos de salud es quizá el tema de la salud mental; a la vez, es un tema que apasiona a los científicos. Para adentrarnos en el desarrollo del presente trabajo, es necesario definir primeramente lo que es salud. La Organización Mundial de la Salud – OMS (2006), define a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”.

De acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural del Ministerio de Salud pública (2008):

La Salud Mental es definida como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con *el otro*; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos (Citado por, Ministerio de Salud Pública - MSP, 2013, p. 47).

“Significa más que la ausencia de trastornos mentales. Incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual, emocional y socialmente” (MSP, 2013, p. 47). La persona es un ente holístico, es decir, conformado por varios sistemas interdependientes, de los cuales el aspecto mental es fundamental, o quizá el más importante.

### **1.1.2. Factores asociados a la salud mental.**

El estado de salud de los seres vivos está determinado por una serie de factores, pudiendo unos ser más determinantes que otros en ciertas circunstancias. La salud mental se desarrolla de la misma manera. Está asociada a factores que pueden determinar o influir en su estado. A continuación se detalla cada uno de ellos y su debida importancia.

#### **1.1.2.1. Personalidad.**

Este es el primer y quizá el más importante de los factores asociados con la salud mental. Las razones para ello, están implícitas en su definición. Antes de definirla es menester presentar brevemente su historia y etimología, lo cual es importante para una mejor comprensión como factor determinante en la salud mental.

El concepto de «personalidad» proviene del griego “prosopon”, que significa cara, rostro, máscara, faz; del mismo término latín “personare” que significa “persona”. Esta denominación se utilizaba para la máscara que portaban los actores de teatro en la antigüedad. Sin embargo, ya en ese entonces se hablaba en un sentido amplio y figurado de «personas» para referirse a los *roles*, es decir a «cómo, quién» o «representando a quién» actuaba un determinado actor teatral tras su máscara (Samper y Robles, 2014).

En el siglo I, Cicerón usó el término persona con cuatro sentidos diferentes que de alguna manera se relacionan con el sentido que se le da al término en la actualidad: 1) la imagen mostrada ante los otros, no como uno es en realidad; 2) el papel que tiene el simulador en la obra y que cada uno representa en la vida; 3) la interacción de las calidades del individuo orientadas a la acción; 4) como sinónimo de prestigio y dignidad. En esta última designación se basa la consideración común de este término (Santana, 2014). Hoy, el término personalidad es utilizado para designar la totalidad de las características personales que interactúan dinámicamente entre sí para producir aquél estilo

relativamente estable de desenvolverse individual y socialmente que un individuo posee.

Las teorías sobre el desarrollo de la personalidad son numerosas; todas presentan detalles útiles, algunos son comunes entre sí, pero también los hay muy diferenciados; sin embargo, todas brindan aportes. Las diversas teorías son más conocidas por sus autores antes que por su contenido mismo.

Una de las primeras propuestas sobre el desarrollo de la personalidad fue trazada por Freud, quien considera que todo ser humano pasa por las fases de maduración psico-sexual hasta alcanzar el pleno desarrollo de su personalidad. Las fases están determinadas por los cambios que experimenta el individuo en la libido. La libido es el impulso sexual, no siempre sentido con la misma intensidad; para Freud representa el motor impulsor de cambios en el desarrollo de la personalidad (Zepeda, 2008).

A Sullivan se le acredita ser el creador de la teoría interpersonal de la psiquiatría. Aunque su teoría es parecida a la de Freud, se diferencia en que enfatiza las relaciones sociales. Erikson, por su parte, indica que son ocho las etapas en las que el individuo experimenta diversas disyuntivas. Según Érikson (1964, 1961) "Cada etapa involucra una crisis (...) una crisis puede ser pensada como el punto crucial del desarrollo (...) De cada crisis emerge un yo fortalecido o virtud que corresponde específicamente a esa etapa" (Citado por Cloninger, 2003, p. 139). Érikson denominó a este proceso epigénesis. En cada etapa el individuo vive dos alternativas excluyentes, de acuerdo con la resolución que tome el propio individuo, ésta será su tendencia en el modo de resolver los problemas durante el transcurso de su vida.

Rogers presenta un concepto diferente sobre el desarrollo de la personalidad. El no considera la edad cronológica, establece una secuencia que llama *convertirse en persona*. Este proceso de *convertirse en persona* es presentado por el autor en personas con uso completo de la razón, y se produce en siete etapas. Creía que todos los seres humanos están motivados por un proceso

dirigido al crecimiento, lo que él llamó tendencia a la realización. El *sí mismo ideal* lleva a la persona a la perturbación. El ser humano debe aceptar el *sí mismo real*. Lo cual le permitirá acercarse a la autorrealización.

Otra teoría muy difundida actualmente es la de los Cinco Factores, conocida como la teoría de los “Cinco Grandes” factores de la personalidad, ofrece más información sobre cómo reaccionar en diferentes situaciones, lo que puede ayudarle a elegir una profesión. Los asesores laborales y psicólogos utilizan esta información en los test de personalidad laboral para contratar y evaluar candidatos. Según esta teoría los rasgos son las unidades de personalidad que tienen valor predictivo. Catell (1979), definió un rasgo como “lo que define lo que hará una persona cuando se encuentre con una situación determinada” Citado por Cloninger, 2003, p. 234).

La teoría cognoscitiva del aprendizaje social de Mischell y Bandura (1965), presenta la importancia del aprendizaje social y la motivación en el desarrollo de la personalidad. Las técnicas terapéuticas de esta escuela son muy utilizadas hoy en día; ya que el paciente no se limita a hablar y escuchar solamente, sino también a realizar actividades para desaprender conductas disfuncionales y aprender nuevas conductas funcionales.

Las características de cada uno de las etapas del desarrollo de la personalidad presentadas por los autores mencionados, difieren en algunos puntos y coinciden en otros; sin embargo, cada teoría ha sido un aporte importante para el desarrollo de la psicología y la comprensión del comportamiento humano con sus diversas motivaciones, constituyéndose de esta manera en la base para el desarrollo de procesos terapéuticos adecuados. Las teorías más importantes con sus etapas y respectivas características, según la concepción de sus autores, se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1. Fases o etapas del desarrollo de la personalidad.**

AUTOR	FASE:	CARACTERÍSTICAS:
Freud:	<p>a) Fase oral:</p> <p>b) Fase anal:</p> <p>c) Fase fálica:</p> <p>d) Fase de latencia:</p> <p>e) Fase genital</p>	<p>Va desde el nacimiento hasta el primer año de vida. El egocentrismo y la omnipotencia son característicos en el niño. Lleva todos los objetos a la boca porque es el medio a través del cual él conoce el mundo.</p> <p>Se presenta durante el segundo año de vida. Tiene mayor control de esfínteres. El placer se experimenta al eliminar las sensaciones de incomodidad mediante la expulsión de excreciones.</p> <p>Se da entre los cuatro y cinco años de edad. El interés se centra en sus genitales, como parte de su cuerpo, y como órganos que producen placer. Aquí se produce el fenómeno denominado complejo de Edipo en los niños; y complejo de Electra en las niñas.</p> <p>Se da entre los seis y los doce años. Se considera como un periodo de descanso y recuperación después de los deseos y temores experimentados en la fase anterior.</p> <p>Producida entre los 13 y los 18 años. La libido se direcciona nuevamente hacia los genitales, pero con la nueva perspectiva de la sexualidad adulta.</p>
Sullivan:	<p>a) Infancia:</p> <p>b) La niñez:</p> <p>c) Etapa juvenil:</p> <p>d) Preadolescencia:</p> <p>e) Adolescencia temprana:</p>	<p>De 0 a 2 años. En ella se desarrollan los sentimientos básicos. Aprende a distinguir entre su “yo” y el “no yo”</p> <p>De 3 a 5 años. Reconoce las virtudes y defectos en una misma persona. Es egocéntrico y defensivo. El niño aprende a sumir el papel de otras personas.</p> <p>De 6 a 9 años. Aprende la subordinación y adaptación social. Adquiere valores y metas, y aprende a orientarse en la vida.</p> <p>De 10 a 12 años. Aparece la necesidad de establecer una relación profunda y personal con alguien de su mismo sexo (Camarada).</p> <p>De 13 a 17 años. Aparece el auténtico interés por lo genital y el deseo de cercanía con alguien del sexo opuesto. Surgen tres necesidades importantes. La sexual, la de intimidad y la de seguridad personal.</p>

	f) Adolescencia tardía:	De 18 a 21 años. Inicia con la adaptación sexual satisfactoria, como parte del resto de las experiencias sociales.
Érikson:	a) Oral-sensorial: b) Muscular-anal: c) Locomotor-genital: d) De latencia: e) Pubertad y adolescencia: f) Adultez joven: g) Madurez:	Comienza desde el nacimiento y dura hasta el primer año de vida. Trata de resolver dos posiciones: la confianza básica vs. La desconfianza básica. Se presenta entre los dos y tres años. En esta etapa se resuelve el dilema autonomía vs. vergüenza. Acontece entre los cuatro y cinco años. Aquí se trata de resolver la dicotomía iniciativa vs. culpa. Se da entre los seis y doce años. Trata de resolver la diferencia industriiosidad vs. inferioridad. Se da entre los 13 y 18 año. En esta etapa e vive la identidad vs. la confusión de roles. Va entre los 26 y 40 años. Procreación vs. estancamiento. Se da desde los 41 años en adelante. Aquí se trata de resolver el dilema Integridad del yo vs. desesperación.
Rogers:	Primera etapa: Segunda etapa: Tercera etapa: Cuarta etapa: Quinta etapa:	No confía en nadie cercano a él. Tiene falta de comunicarse a si mismo los sentimientos que le invaden. La culpa de sus problemas puede ser de otros, en especial de sus padres. No reconoce sus propias limitaciones. Empieza a expresar sus propios sentimientos, pero tal vez no reconozca que él tiene sus propias cosas negativas. Empieza a reconocer y a preocuparse de sus propias contradicciones. Sabe que tanto sus padres como sus propios sentimientos son importantes. La persona se confronta con sus contradicciones y sus experiencias.

	<p>Sexta etapa:</p> <p>Séptima etapa:</p>	<p>Reconoce sus verdaderos sentimientos (de amor hacia sus padres) y desea ser correspondido, gracias a ello es capaz de manejar sus sentimientos y reclamos.</p> <p>Los sentimientos se viven en su plenitud, gracias a la aceptación propia que continúa en crecimiento. Las habilidades aprendidas en conjunto con los propios sentimientos y constructos se utilizarán una y otra vez en las nuevas situaciones que la vida le presente.</p>
La teoría de los Cinco Grandes:	La personalidad es concebida como una estructura de rasgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apertura a la experiencia</li> <li>➤ Responsabilidad o tesón</li> <li>➤ Extraversión</li> <li>➤ Cordialidad/amabilidad</li> <li>➤ Estabilidad emocional.</li> </ul>

Fuente: (Zepeda, 2008, p. 307-313).

Elaborado por. Dustin Barreno.

Hasta el momento, se ha presentado el desarrollo de la personalidad de acuerdo al criterio de varios autores, más que la definición misma. A continuación, se presenta la definición de personalidad, de acuerdo al criterio de los autores más influyentes.

- a) Para Gordon Allport (1937), es la organización dinámica de los sistemas psíquicos y físicos que determina la forma de pensar y de actuar en cada individuo en su proceso de adaptación al medio del individuo.
- b) Catell (1950), la define como aquello que permite predecir qué hará una persona en una situación determinada.
- c) Murray (1938), piensa que es un instinto que desde el nacimiento hasta la muerte está ocupado en las operaciones funcionales transformativas. Es la personalidad quien gobierna al cuerpo.
- d) Para Freud (1923), es la integración del yo, del súper yo y del ello.
- e) Adler (1911), la definió como el estilo de vida del individuo o su manera característica de responder ante los problemas de la vida.

- f) Jung (1916), dice que se trata de la integración del yo, de los inconscientes individual y colectivo, los complejos, los arquetipos, la persona y el alma.
- g) Rogers define a la personalidad como un patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas, determinadas por la herencia y por el ambiente, relativamente estables y duraderos que diferencian a cada persona de las demás y que permiten prever su conducta en determinadas situaciones.

Finalmente, es menester hablar brevemente de los componentes de la personalidad. Está conformada por el temperamento y el carácter.

**Temperamento.-** se refiere al proceso neurológico que se manifiesta a partir de dos características; es hereditario y es observable. Existen varias clasificaciones de los temperamentos. Una muy aceptada en la actualidad es la que propusiera Hipócrates (460-370 a C.) y fuera retomada por Galeno (130-216 d C.), en la que se habla de los tipos sanguíneo, melancólico, colérico y flemático. Se podría coincidir con quien dijera que el temperamento es la base biológica del carácter.

**Carácter.-** Antiguamente usaban una marca de hierro para imprimir o estampar una marca o sello sobre un documento o sobre los animales. Esta marca se conocía como "*character*". Posteriormente se denominó con este nombre a los tipos o letras utilizados en la imprenta. La tipografía dejó el término "*carácter*" a la las letras de la computadora actual. De allí se desprende el término moderno "*carácter*". Este término implica que cada persona lleva una marca que la identifica y diferencia de los demás. Podría decirse que el carácter está relacionado con el conjunto de valores morales que practica la persona. Este es producto del aprendizaje social.

Con respecto a la personalidad, se concluye que, es el conjunto de características o patrón de sentimientos, emociones y pensamientos ligados al comportamiento. Para algunos autores, la personalidad persiste en el comportamiento de las personas de manera congruente a través del tiempo. Los aspectos: distinción y persistencia, tienen una fuerte vinculación con la

construcción de la identidad. La persistencia quiere decir que ese comportamiento tiene una tendencia a repetirse a través del tiempo de una forma determinada.

Tres son los componentes de la persistencia: motivación, obstinación y exploración. El primero hace referencia al interés por llevar a cabo la tarea con éxito; el segundo, hace referencia al mantenimiento de una secuencia de comportamientos que antes ha conducido al éxito; el tercer componente constituye la característica positiva de la persistencia. Alude al hecho de descartar rápidamente antiguas soluciones que ahora son ineficaces, para concentrarse en la búsqueda de nuevas soluciones (Hernández, Lozano y Santacreu, 2011).

La personalidad es el núcleo central psicológico del ser humano donde se decide qué tipo de pensamientos, emociones, acciones y reacciones primarán en el individuo. De manera consciente o inconsciente es la personalidad la que comanda las facultades psicológicas superiores. Es definitivamente la variable más importante en la determinación de la salud mental.

#### **1.1.2.2. Estrés.**

Puede definirse al estrés como una reacción psicológica y/o fisiológica ante un hecho o circunstancia percibida como aversiva o amenazante para el individuo. Ante un hecho de esta naturaleza, las respuestas autónomas endócrinas ayudan a movilizar los recursos energía del cuerpo. La rama simpática del sistema nervioso se activa, y las glándulas adrenales segregan varias hormonas, entre ellas, epinefrina, norepinefrina y hormonas esteroides del estrés. Estas hormonas incrementan el flujo sanguíneo a los músculos y al corazón, y elevan la presión arterial, la misma que si permanece así por mucho tiempo, contribuye a las enfermedades cardiovasculares. (Carlson, 1996).

El cortisol es otra hormona relacionada con el estrés, conocido como glucocorticoide, porque tiene profundos efectos en el metabolismo de la

glucosa. Ayuda a descomponer las proteínas y a convertirlas en glucosa; transforma las grasas en energía; aumenta el flujo sanguíneo y estimula las respuestas conductuales ya que afecta al cerebro; disminuye la sensibilidad a las gónadas, etc. (Carlson, 1996)

Los efectos a corto plazo de los glucocorticoides son esenciales, a largo plazo, resultan dañinos. Estos efectos incluyen aumento en la presión sanguínea, daño en el tejido muscular, diabetes esteroide, infertilidad, inhibición del crecimiento, de las respuestas inflamatorias y supresión del sistema inmunológico (...) haciendo que una persona se vuelva vulnerable a las infecciones. (Carlson, 1996, p. 328-329).

Varios autores concuerdan entre sí, con respecto al daño fisiológico producido en varios órganos a causa del estrés prolongado. En palabras de D. Sue, D. W. Sue y S. Sue (2012), “Los trastornos psicofisiológicos incluyen un daño real a los tejidos, es decir enfermedad coronaria, daño inmunológico y/o disfunción fisiológica como asma o migrañas” (p. 182).

Hasta aquí se ha presentado las reacciones fisiológicas producidas en el organismo ante un evento considerado amenazante o aversivo. Sin embargo, estas reacciones fisiológicas son también el resultado de las percepciones psicológicas que tiene cada individuo. ¿Qué hace que una persona perciba un evento o circunstancia como amenazante, mientras que otra, considera el mismo evento de manera diferente? Cada ser humano tiene un sistema particular para emitir juicios sobre personas, cosas y circunstancias. Este sistema de emitir juicios depende de algunos factores como, rasgos de personalidad, educación, creencias religiosas, entre otros. La percepción momentánea de adversidad no es peligrosa para la salud; percibir que ésta es permanente, si lo es, pudiendo conducir al individuo a la desesperanza.

La persona realiza una gama de evaluaciones, que al final le permiten emitir un juicio. Dichas evaluaciones pueden ser conscientes o inconscientes, la mayoría son del segundo tipo. Los factores que evalúa la persona frente a un problema

son: la dimensión del mismo, su capacidad para enfrentarlo, los recursos con los que dispone y el apoyo social con que cuenta. El estrés prolongado y profundo que experimentan las personas es el resultado de una evaluación en la que consideran que la dimensión del problema es superior a su propia capacidad, a los recursos y apoyo social disponibles.

Sue et al. (2012), encontraron que “el control y la percepción de control sobre un ambiente y sus estresores parecen mitigar los efectos del estrés”. (p. 194). Así mismo (Waldrop et al., 2001,) mencionan que:

La autoeficacia es otra variable cognitiva que tiene relación con la salud mental. Es la creencia de que uno tiene la capacidad de tomar acción para alcanzar ciertas metas o causar un cambio. Un individuo con alta autoeficacia puede participar en más actividades relacionadas con la salud cuando una enfermedad ocurre, mientras que una baja autoeficacia resultaría en sentimientos de desesperanza (Comentado por Sue et al. 2012, p. 195).

Del mismo modo, Carrasco y del Barrio (2002), afirman que “los sujetos con un alto sentido de autoeficacia aumentarán su funcionamiento sociocognitivo en muchos dominios y afrontarán las tareas difíciles percibiéndolas como cambiables, más que como amenazantes”.

La percepción psicológica puede causar reacciones fisiológicas profundas y duraderas, afectando no sólo las áreas mental y física, sino al ser íntegro en sus relaciones y actividades. Es innegable, que la personalidad es una variable del estrés, y a su vez, éste cuando es duradero puede modificar la personalidad; ambos influyen en la salud mental.

### **1.1.2.3. Apoyo social.**

Según el enfoque creacionista del hombre, éste fue creado con la necesidad de vivir en comunidad (Génesis 2:18), sin perjuicio para el normal desempeño de

de su individualidad. Desde la óptica evolutivo-científica, el vivir en comunidad, era una necesidad imperante del hombre primitivo. No hacerlo significaba la muerte. La comunidad le otorgaba compañerismo, protección, éxito en las tareas de supervivencia, etc. Asunto en que ambos enfoques coinciden.

*Comunidad* es definida como un conjunto de personas que viven juntas bajo ciertas reglas y que tienen los mismos intereses. Si un grupo de personas viven juntas pero no comparten intereses, ni reglas, ni objetivos, entonces no es una comunidad; mucho menos puede esperarse que exista apoyo social. La familia es considerada como la principal célula de la sociedad, es allí donde el joven encuentra el apoyo que necesita para abstenerse de consumir sustancias y mantener una buena salud mental.

Sin embargo, esta célula social está en crisis. La crisis empieza en el subsistema principal, que es la relación de pareja, y se propaga como un cáncer contaminando los otros subsistemas del ente familiar.

La evidencia de lo mencionado es la elevada tasa de divorcios en el país, y a la vez, la disminución de los matrimonios. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: INEC (2014), “Entre el año 2004 y 2013 los divorcios se incrementaron en un 87,73% al pasar de 11.251 a 21.122 durante este período, en estos nueve años el matrimonio disminuyó un 14,71%” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC, 2014).

Es evidente que la sociedad actual ha logrado adaptarse a este estilo de vida, incluso varios autores considerados autoridad en el tema minimizan los efectos negativos que el divorcio causa en los hijos, pero la realidad es otra. El divorcio de los padres puede producir algunos efectos en los hijos. “Baja en el rendimiento académico, peor autoconcepto, dificultades sociales, ansiedad, Problemas de conducta, pueden experimentar miedo, soledad, depresión, y culpabilidad, dudan de su habilidad para casarse o para mantener su relación” (García, 2005).

En armonía con lo mencionado (González y Triana, 2013), emiten una explicación más amplia al respecto:

Es frecuente encontrar en ellos y en ellas reacciones de tristeza, miedo, inseguridad, confusión, depresión, e incluso ira y resentimiento contra uno o ambos progenitores, sentimientos de autoculpabilización (...) estas emociones se ven acompañadas frecuentemente de trastornos de alimentación, del sueño, mayor irritabilidad, problemas de conducta, disminución en el rendimiento escolar, etc. (p. 382).

A pesar de la importancia de la familia nuclear como fuente de apoyo social, no es el único ente donde un ser humano puede encontrar apoyo, pero sí el primero y el más importante. Puede ser más fácil para un adulto encontrar apoyo social fuera de su familia, en el caso de los jóvenes es diferente, ya que sus necesidades son otras, sus capacidades son diferentes, por lo tanto, su vulnerabilidad también es mayor.

De acuerdo con Martín, Sánchez y Sierra (2003) el apoyo social cumple varias funciones importantes:

Podrían agruparse en tres tipos principales: una función emocional, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; una función informativa, que involucra recibir consejo y orientación, y una función instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Citado por Barra, 2004).

La primera función la cumplen parcialmente las amistades; la segunda, pueden realizarla en una mayor proporción; sin embargo, la tercera, relacionada con la dotación de servicios y recursos, difícilmente podrán cumplirla las amistades. Sólo la familia nuclear puede cumplir las tres funciones cabalmente. Por tal razón, se afirma que el apoyo social necesario para mantener una salud mental óptima se da en el núcleo familiar.

El apoyo social es fundamental en el desarrollo de un estado de salud mental positivo. (Gracia y Herrero, 2006; Palomar y Lanzagorta, 2005), consideran que las personas en condición de riesgo que se sienten apoyadas por sus amigos y familiares, tienen menor probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud y mantienen un mayor ajuste psicológico (Comentado por Orcasita, 2010, p. 73).

#### **1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.**

La inflexibilidad psicológica es la falta de habilidad de una persona para modular el comportamiento en función de su utilidad, cambiando o persistiendo en él si es necesario, para alcanzar los objetivos deseados. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) identifica dos causas principales: La evitación experiencial y la fusión cognitiva.

La evitación experiencial ocurre cuando la persona no desea más tener ciertas experiencias privadas indeseables (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales) y hace lo que puede para alterar la forma y la frecuencia en que ocurren estos fenómenos y el contexto que los ocasiona, a pesar del costo significativo que esto le represente. El querer escapar de estas situaciones, esforzándose para suprimirlas, puede producir que éstas se hagan más insidiosas.

De acuerdo con (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001) la evitación experiencial “jugaría un papel importante en la conducta adictiva en la medida en que los sujetos sigan la regla de evitar o escapar del malestar, o consumir droga para sentirse bien y así poder continuar con su vida” (comentado por López, 2014). “Al consumir, se produce un alivio o reducción del malestar y se potencia, además, el actuar de una forma coherente de acuerdo a la regla de que hay que evitar el malestar para poder vivir” (López, 2014).

*Fusión psicológica* es cuando la persona toma sus pensamientos literalmente y responde a su contenido en lugar de responder a la realidad de la situación

presente. Percibe el evento de acuerdo a lo que piensa, y no de acuerdo a la realidad misma. De acuerdo a la ACT, para que un paciente se cure, debe aceptar sus pensamientos y conductas; al rechazarlos o evitarlos éstos se profundizan.

En el ámbito de la psicología clínica la inflexibilidad psicológica se conoce como “rigidez”. Una persona con rasgos de personalidad inflexibles es resistente al cambio, y presenta dos características fundamentales: centralidad y temor.

*Centralidad* significa que los rasgos inflexibles de la persona están desprovistos de la flexibilidad para realizar cambios, por la incapacidad o falta de voluntad de la persona para examinar esos rasgos inflexibles. El aspecto clave de la inflexibilidad es su centralidad, que se encuentra en el núcleo mismo de una persona inflexible, y todos los demás procesos y rasgos están subordinados a dicho núcleo.

La inflexibilidad psicológica es un factor que puede desencadenar trastornos mentales y de comportamientos como el trastorno obsesivo-compulsivo, y el trastorno límite de la personalidad. Estos rasgos aparecen en la adolescencia, si pasada esta etapa, no desaparecen, se afirmarán en el individuo.

#### **1.1.2.5. Compromiso vital.**

Compromiso es una obligación que se ha contraído, ya sea voluntariamente o mediante una presión. Para que haya compromiso debe existir conocimiento previo sobre el asunto en el cual se asume el compromiso. Adquirir un compromiso da evidencias de que se tiene la capacidad y el deseo de mantener una relación estrecha, confiable y de respeto con la otra parte.

Compromiso vital, se refiere a la obligación que se adquiere con uno mismo, con respecto a la propia vida. Tener un compromiso vital significa que la persona se ama, se valora, y se respeta a sí misma, por lo cual adquiere el

compromiso libre y voluntariamente sin ninguna obligación, de conocer y realizar actividades positivas para su salud; y a la vez, evitar aquellas que son perjudiciales.

#### **1.1.2.6. Resiliencia.**

Es un término tomado de la física que define la propiedad que tiene un cuerpo, de poder restaurarse después de una tensión causada por un agente externo, por intermedio de la energía almacenada en él. Aplicado a las personas, el término “resiliencia” significa volver al estado natural, y representa la capacidad que tiene un individuo de sobreponerse o recomponerse luego de haber sido sometido a una situación estresante, inclusive, puede salir de ella fortalecido. Tiene que ver con la adaptación temporal a una circunstancia, sin que esto signifique conformarse a ella.

Las distintas definiciones de Resiliencia enfatizan en características de los sujetos tales como: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, competencia, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas. Todas desplegadas frente a situaciones estresantes que les permiten superarlas. (García y Domínguez, 2013).

Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (como se citó en González-Arratia, Valdez, Oudof y González, 2009) señalan que estos individuos poseen las siguientes características:

- a) Mayor coeficiente intelectual y habilidades de resolución de problemas.
- b) Mejores estilos de enfrentamiento.
- c) Motivación al logro (mayor autoeficacia).
- d) Autonomía, autoestima y locus de control interno.
- e) Empatía, conocimiento y manejo adecuado de relaciones interpersonales.

- f) Voluntad y capacidad de planificación, y
- g) Sentido del humor positivo.

Por el contrario, las personas con poca resiliencia tienen el siguiente perfil:

- Presentan una baja autoestima.
- Presentan una baja capacidad de automotivación.
- Son negativas y con poco sentido de humor.
- No controlan adecuadamente sus impulsos y emociones.

Acciones y actitudes que ayudan a desarrollar resiliencia:

- ✓ Aceptar que los cambios son parte de la vida.
- ✓ evitar ver las crisis como obstáculos insuperables.
- ✓ Dirigirse hacia sus metas.
- ✓ Cultiva la visión positiva de su persona en la adversidad.
- ✓ Reconocer las fortalezas y debilidades propias.

Como hemos visto, la resiliencia es un factor de la psicología individual, muy importante para mantener la salud mental en buen estado, ya que ayuda a disminuir la duración y la frecuencia de las reacciones fisiológicas producidas en momentos de tensión.

#### **1.1.2.7. Ansiedad y depresión.**

**Ansiedad** es una experiencia emocional, un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión, sentimiento; un reflejo de la toma de conciencia de un peligro, miedo; un deseo intenso, anhelo; una respuesta fisiológica ante una demanda, estrés; y un estado de sufrimiento mórbido, trastorno de ansiedad. (Reyes, sf, p. 10)

La ansiedad en estado mórbido, significa que es un trastorno; se considera trastorno a “la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con las actividades del individuo” (Consuegra, 2011, p. 271). El trastorno de ansiedad es causado cuando el individuo siente o piensa que está a punto de ocurrir algún evento en el cual perderá algo importante para él. Se considera trastorno cuando sus síntomas son tan fuertes que interfieren en las actividades sociales, laborales y familiares del individuo; y éste ha perdido el control sobre ellos.

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta revisión (DSM-IV), existen varios trastornos relacionados con la ansiedad: Trastorno de angustia sin agorafobia, Trastorno de angustia con agorafobia, Agorafobia sin historia de trastorno de angustia, Fobia específica, Fobia social, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad debido a...(Enfermedad médica, con posible ansiedad generalizada, crisis de angustia, síntomas obsesivos compulsivos), Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (Con posible ansiedad generalizada, crisis de angustia, síntomas obsesivo/compulsivos, con síntomas fóbicos), Trastorno de ansiedad no especificado.

Cabe reiterar que no todas las personas que tienen ansiedad sufren trastorno; se considera trastorno solamente si los síntomas causan incapacidad laboral, social o familiar en el individuo. De existir el trastorno, puede clasificarse de acuerdo a la frecuencia y agudeza de los síntomas en: leve, moderado, grave o muy grave.

**Depresión:** de acuerdo a la (OMS, 2012), “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Es necesario mencionar que no todas las personas que tienen depresión sufren un trastorno; se considera trastorno si los síntomas de ésta impiden el desempeño normal en las actividades sociales, laborales y/o familiares del individuo. (Igual que en el trastorno de ansiedad).

Blum, 2000 (como se citó en Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004, p. 18) afirma que:

Los jóvenes son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social.

De manera amplia, el (DSM-IV), identifica a los trastornos depresivos con el nombre de “Trastornos del estado de ánimo”, y los clasifica en dos grupos mayores: trastornos depresivos y trastornos bipolares. Los trastornos bipolares son más numerosos, además implican mayor complicación orgánica, de modo que pueden también causar mayor dificultad comportamental en el paciente, pudiendo llegar al suicidio.

La depresión en su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2012). Ansiedad y depresión son los trastornos con mayor prevalencia actualmente.

### **1.1.2.8. Satisfacción vital.**

Satisfacción es el resultado de colmar o satisfacer una necesidad. Los seres humanos tenemos múltiples necesidades, entre ellas, las consideradas básicas como agua, alimento, vivienda, vestuario, etc. También existen necesidades de otro nivel consideradas subjetivas, no por ello dejan de ser importantes como es la necesidad de dar y recibir amor, aceptación social, de logro, etc.

La satisfacción vital es el resultado de la comparación que hace el joven entre las aspiraciones futuras y el grado de capacidad, apoyo y recursos con los que cuenta en la actualidad. También se relaciona con la autopercepción de la calidad de vida que el joven tiene. ¿Qué es calidad de vida? (Ardilla, 2003) propone una definición integradora de calidad de vida.

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y salud objetivamente percibida (Comentado por Moyano y Ramos, 2007).

El joven realiza una valoración de varios aspectos para emitir un criterio subjetivo sobre su satisfacción de vida. Como afirman (Arita, 2005; Diener, 1994; Argyle, 1993) “La valoración personal de la propia salud es más importante que la valoración hecha por el experto cuando se la relaciona con el bienestar” (Citados por Moyano y Ramos, 2007). La satisfacción consigo mismo ha sido relacionada con la autoestima y las expectativas de control, ésta a su vez, está vinculada con la satisfacción interpersonal (Moyano y Ramos, 2007). La satisfacción producto del autoconocimiento sobre su capacidad para estudiar, o de habilidades específicas que le dan popularidad y le proporcionan el afecto de sus pares. La valoración de su núcleo familiar, el mismo que le da

seguridad objetiva y subjetiva al saber que puede contar con personas que le brindan protección, orientación y afecto de manera permanente e incondicional.

La ausencia o poca calidad de satisfacción vital puede causar en el joven deterioro en su salud mental, además aumenta el riesgo de consumo de sustancias.

## **1.2. Consumo de drogas.**

Las drogas siempre han existido sobre la tierra, y siempre han sido utilizadas por el hombre sobre todo con fines médicos, aunque también con otros propósitos. Alrededor del año 3.000 a.C. ya se utilizaban algunos opiáceos, como el cáñamo en Asia; en América se usaba la hoja de coca como analgésico; en la cultura Azteca, algunos hongos como el peyote.

Se cree que el alcohol está entre las primeras drogas que utilizó el hombre, ya que es probable que cuando se almacenaba la miel, ésta fermentaba de donde se habría producido el primer vino. Desde entonces, las bebidas fermentadas han sido consumidas a lo largo de la historia convirtiéndose en una importante actividad comercial.

El opio es el jugo de un tipo de amapola; hay registros de que sus funciones psicotrópicas eran conocidas ya en el 3.000 a.C. Utilizado como alimento, forraje o aceite, fue extendiéndose desde Oriente Medio hacia la India llegando en el siglo IX a China. A Europa Occidental llegó terapéuticamente en el siglo XVI, cuyo gesto se le atribuye al médico y alquimista suizo Paracelso.

De la amapola sale el opio, del cual a su vez, se sintetiza la morfina. En 1874 se creó el primer opiáceo semisintético, la heroína, que fue comercializado por la fábrica Bayer como sustitutivo del opio y la morfina en los tratamientos de deshabitación. Su alto poder adictivo generó una alta tasa de consumidores en Estados Unidos e Inglaterra, que se ha extendido por todo el mundo.

El cannabis (marihuana o cáñamo) es originario de Asia Central. Era empleado como fuente de fibras textiles en el 4.000 a.C. Sus propiedades alucinógenas probablemente fueron descubiertas por primera vez en Oriente. Algunos escritos chinos de hace 3.000 años indicaban que el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, y si se usa por largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo. Actualmente el cannabis en sus diferentes formas es una de las drogas más consumidas en el mundo (Agustí, F., 2013).

En América, el uso de la coca como estimulante se remonta hacia el 5.000 a.C. La planta de la coca crecía de manera silvestre hasta que en el siglo X comenzó a ser cultivada por los indios de Colombia que la difundieron hacia el sur. En la cultura Inca era usada como planta sagrada en rituales. Además como poderoso estimulante la hoja de coca era masticada por los trabajadores para mitigar los efectos derivados de la altitud, el hambre o la fatiga, y como medicina para las molestias gastrointestinales, catarros o contusiones. La coca no se exportó hasta el siglo XVI por los españoles (Agustí, F., 2013).

En el caso del tabaco, es posible su existencia data de alrededor del 2.000 a.C. Aunque no se descarta que estuviese ya presente en las antiguas organizaciones de Oriente. Se sabe con certeza que cuando los conquistadores españoles llegaron en 1492 a Haití, vieron sus virtudes terapéuticas y la trasladaron al viejo continente (Agustí, F., 2013).

Sin embargo, la droga con más adicción a nivel mundial es la cafeína. Aunque la planta existía hace miles de años en Etiopía, su difusión inició en Arabia en el siglo X. alguien observó la excitación de los animales después de comer sus frutos, y decidió probarlos. En el siglo XVIII el café se propagó por Europa, llegando a tener este continente el 70% de la producción mundial. Además, es la droga más barata y su comercio no tiene restricción.

Existen evidencias que la humanidad ha consumido varias drogas desde sus inicios, la diferencia del consumo entre esa época y la actual es el motivo. Los

antiguos la consumían con fines médicos, para socializar, para mitigar el cansancio, para acercarse a los dioses, etc. Aunque, en la época moderna ha sido utilizada con eficacia en la medicina, también se ha usado con fines netamente hedónicos, con el impulso y respaldo de propósitos comerciales, creando así infinidad de sustancias.

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, en el funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y, es además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (OMS, 1975, p. 13). Por tal razón se conoce como drogo-dependencia a la adición a alguna sustancia, como tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, etc. Aunque existen otras clases de adicciones, como a la tv, al internet, a ciertos juegos, etc. No se los puede considerar como drogodependencia, ya que éste tipo de adicciones no procede de una sustancia; tampoco está demostrado que produzca abstinencia o tolerancia.

### **1.2.1. Drogas legales e ilegales.**

Las drogas legales están aprobadas por la Organización Mundial de La salud y las diversas instituciones de cada país. Pasan por un exhaustivo estudio de investigación antes de ser otorgada la licencia para su producción y distribución. Unas pueden ser vendidas sin receta médica y otras son controladas no pudiendo ser expandidas sin prescripción médica. Las drogas ilegales causan daño a la salud por lo cual no se les otorga licencia de producción y menos de consumo. El problema está en que son fabricadas en forma clandestina, sin pasar un control de calidad, sin tener en cuenta la proporción, o son mezcladas con otras sustancias para obtener más ganancias.

Para continuar con el desarrollo del tema es necesario definir varios términos importantes relacionados con el consumo de las sustancias:

- **USO:** Aquella forma de relación con las drogas en la que por su cantidad, su frecuencia o por la situación física y social del sujeto no se detectan

consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

- **ABUSO:** Es el patrón inadaptado de uso recurrente que se extiende sobre un periodo de doce meses, que lleva a un deterioro notable o angustia y que continúa a pesar de los problemas sociales, ocupacionales, psicológicos, físicos de seguridad (Sue, 2012, p. 232).
- **DEPENDENCIA:** Pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes.
- **DEPENDENCIA FÍSICA:** El organismo se habitúa a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia. Este concepto está muy asociado a la tolerancia.
- **DEPENDENCIA PSÍQUICA:** “Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o para evitar malestar” (OMS, 1975, p. 15). Es más costoso desactivar la dependencia psíquica que la física, ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del sujeto que le permitan funcionar sin necesidad de recurrir a las drogas.
- **EFFECTOS:** Es la alteración que produce la sustancia en el momento de ser introducida en el organismo,. Estos efectos no son constantes ni comunes en todos los consumidores, dependen de la dosis, la vía de administración, la propia persona y el contexto de uso.
- **TOLERANCIA:** “Se necesitan dosis cada vez más altas de la sustancia para alcanzar el efecto deseado” (Sue, et al., 2012, p. 234).
- **SÍNDROME DE ABSTINENCIA:** conjunto de síntomas y signos que aparecen cuando se interrumpe la administración de la droga. Los signos y síntomas que el síndrome representa pueden ser muy variados, normalmente van acompañados de ansiedad y puede derivarse en un

cuadro clínico de gravedad. La evidencia de tolerancia o abstinencia indica dependencia psicológica.

### **1.2.2. Clases de drogas.**

De acuerdo a los efectos que producen, las drogas se clasifican en tres grupos: depresivos, estimulantes y alucinógenos. Otros autores (Gisbert, 2012, p. 42-43), prefieren la clasificación más amplia, compuesta de seis grupos: “analgésicos euforizantes, embriagantes, tranquilizantes, hipnóticos, psicoestimulantes y psicodislépticos o alucinógeno”.

#### **1.2.2.1. Depresivos o sedantes.**

Causan depresión general del sistema nervioso central, y disminuyen la velocidad de respuesta. Es tranquilizante y relajante. Las personas que toman estas sustancias pueden volverse más sociables debido a la disminución de las inhibiciones sociales. El depresivo más usado es el alcohol. Además, existen otros depresores como los narcóticos, los barbitúricos y benzodiazepinas (Sue, et al., 2012, p. 236). En este grupo se encuentra el opio, del cual se derivan la morfina y la peligrosa heroína (Gisbert, 2012, p. 45).

#### **1.2.2.2. Estimulantes.**

Es una sustancia que activa el sistema nervioso central, induciendo en el consumidor júbilo, grandiosidad, hiperactividad, agitación y supresión del apetito. Los estimulantes más usados son anfetaminas y su derivado la metanfetamina, cafeína, nicotina, cocaína y crack (Sue, et al., 2012, p. 241). Esta clase de drogas es quizá la más peligrosa ya que acelera el Sistema Nervioso Central y a su vez, las emociones, induciendo a la persona a realizar acciones precipitadas.

### 1.2.2.3. Alucinógenos.

Producen alucinaciones, atención sensorial vívida, incrementa el estado de alerta o la percepción de una mayor visión. Su uso no suele crear dependencia física, aunque sí podría ocurrir dependencia psicológica. Los alucinógenos más comunes son la marihuana, LSD y PCP (Sue, et al., 2012, p. 244). Su efecto más específico es el de provocar ilusiones, y producir seudopercepciones en el individuo. Existen los alucinógenos naturales y los artificiales o sintéticos, siendo los últimos los más peligrosos (Gisbert, 2012, p. 52-54).

**Tabla 2. Clases de drogas y sus efectos.**

DROGAS	EFFECTOS A CORTO PLAZO	POTENCIAL PARA CREAR DEPENDENCIA
<b>Depresivos (sedantes)</b>		
Alcohol	Depresor del sistema nervioso central SNC, pérdida de inhibiciones.	Moderado
Narcóticos (codeína, morfina, heroína, opio, metadona)	Depresor del SNC, analgésico	Alto
Barbitúricos (amital, nembutal, seconal)	Depresor del SNC, inductor del sueño.	Moderado/alto
Benzodiacepinas (Valium)	Depresor del SNC, ansiolítico	Bajo
<b>Estimulantes</b>		
Anfetaminas (Bensedrina, Dexedrina, Metedrina, Metanfetamina)	Activador del SNC, euforia	Alto
Cafeína	Activador el SNC, alerta	Bajo
Nicotina	Activador del SNC	Alto
Cocaína y Crack	Activador del SNC, euforia	Alto
<b>Alucinógenos</b>		
Marihuana	Relajante, euforia	Moderado
LSD	Agente alucinógeno	Bajo
PCP	Agente alucinógeno	Moderado

Fuente: Sue, et al., 2012, p. 237

Elaborado por Dustin Barreno.

### **1.2.3. Consumo problemático de drogas.**

Se entiende por consumo problemático de drogas, cuando el mismo afecta de manera negativa primeramente al consumidor en forma frecuente y crónica. Se considera problemático porque le perjudica en sus relaciones tanto primarias como secundarias, y en el desempeño de sus actividades. El perjuicio lo recibe no solo el consumidor, sino también las personas que le rodean y los ambientes que frecuenta (familia, amigos, compañeros, trabajo; etc.).

El consumo problemático de drogas es un indicio de abuso de sustancias, por tal razón se ha identificado cuatro áreas de problemas con el consumo de drogas:

- Incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares).
- Riesgos de salud o físicos.
- Problemas legales y compromiso en conductas antisociales.
- Problemas sociales o interpersonales.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el consumo problemático de drogas, se define claramente basándose en dos áreas: el consumo perjudicial, que es la forma de consumo que afecta la salud física y mental; y la dependencia, que se refiere al conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas; lo que significa que la sustancia es de máxima prioridad para el individuo, a tal punto de sustituir conductas que en el pasado fueron de suma importancia para él (citado por Muñoz, I., 2013).

### **1.2.4. Consumo problemático de alcohol.**

Por estar considerado entre las drogas lícitas el alcohol cuenta con mayores posibilidades de convertirse en la sustancia de adicción para los jóvenes; el menor costo del alcohol en comparación con otras drogas es otra variable para ser considerado de preferencia por los jóvenes. Además, quien bebe alcohol no recibe el estigma social que reciben quienes consumen drogas; la sutileza con

la que el alcohol produce dependencia en el individuo es mayor que la de otras drogas, es más imperceptible.

El consumo problemático de alcohol produce efectos perjudiciales igual que otras drogas, tanto en el área de médica, laboral, social, familiar; así mismo, disminuye o impide cumplir con obligaciones y compromisos de índole social, laboral, económico, etc.

#### **1.2.5. Causas del consumo de drogas.**

Existen factores de riesgo en el individuo que facilitan su acercamiento y posterior consumo de sustancias. A continuación, los más importantes:

**Los factores de riesgo a nivel individual:** se refieren a características de personalidad tales como inseguridad, timidez, impulsividad, dificultades en la interacción social, baja tolerancia a la frustración; o ya sea rasgos genéticos o factores biográficos como situaciones personales de la vida, como crisis, separación, pérdida duelo; o debido a creencias y actitudes que favorecen el consumo de drogas, al escaso desarrollo de habilidades sociales e interpersonales y a la dificultad para resistir las presiones del grupo de amigos para consumir drogas (Muñoz I., 2015).

**Los factores de riesgo a nivel familiar, social y comunitario:** se refieren a las influencias del entorno familiar y social a nivel local. Entre ellos se destacan los problemas de desintegración familiar o poca calidad en las relaciones familiares, las características de personalidad de los padres que establecen estilos parentales muy permisivos o muy autoritarios, al influencia de compañeros y amigos, de los grupos juveniles, las características de la comunidad y el colegio, así como a las leyes respecto del tráfico y consumo y la disponibilidad de alcohol o drogas en el barrio o la comunidad (Muñoz I., 2015).

**Los factores de riesgo a nivel macro social:** se consideran las influencias socioeconómicas, políticas y legales. Estas incluyen la publicidad respecto del alcohol, los modelos sociales que aparecen en los medios masivos de comunicación y las actitudes y creencias que los mismos comunican, los patrones culturales que favorecen el consumo, la disponibilidad de drogas y alcohol, el precio y las leyes que regulan el expendio, el tráfico y consumo de alcohol y drogas. (Muñoz I., 2015).

No cabe duda que todos los factores mencionados sean de importancia en el consumo o abstinencia de sustancias; sin embargo, hay que recordar que es en la etapa de la adolescencia y juventud en la que el ser humano necesita más que en ninguna otra, socializar y relacionarse con más frecuencia y proximidad con personas de su edad; a la vez que, el contacto, la frecuencia y la intimidad con la familia disminuyen. Esto no significa que su núcleo familiar ya no sea importante, nada más está abriéndose paso hacia su propio mundo, en el cual necesitará a otras personas para realizar actividades propias, tal vez un tanto ajenas a las del hogar de su niñez. Para lograr sus objetivos necesita realizar sus propias actividades con su propio equipo de personas.

Puede parecer que para el joven su familia ya no es importante, pero sí lo es. El hecho de saber con certeza que en su casa le escuchan y le comprenden, que le esperan con el alimento preparado, que hay servicios básicos de los cuales puede disponer confiadamente; este sentido de pertenencia se complementa con la conciencia real de que en el hogar hay tareas que realizar, normas de comportamiento y convivencia que acatar, saber que es respetado junto con sus ideas, y debe hacer lo mismo; todo esto le da un sentido de pertenencia y seguridad, por mucho que sea invitado o presionado a consumir alguna sustancia, no lo hará; y si lo hace, lo pensará varias veces antes de hacerlo. Además, en caso de llegar a convertirse en consumidor regular habiendo tenido un hogar con las características descritas, tendrá mayores probabilidades de recuperarse que otro consumidor con un hogar sin estas características.

### **1.2.6. Consecuencias del consumo de drogas.**

Es un asunto relativo, es decir, dependerá de algunos factores, tales como el tipo de droga, la frecuencia y cantidad que consuma, la personalidad del individuo, predisposiciones en su salud, apoyo social, factores genéticos, etc. Sin embargo, a continuación se describen las consecuencias más importantes del consumo de drogas.

En primer lugar están las drogas conocidas como depresivos o sedantes, entre ellos el alcohol. La adicción al alcohol tiene una prevalencia alta, por ser considerado una droga lícita y por el bajo costo del mismo. El consumo de alcohol produce efectos psicológicos y fisiológicos, entre los que se pueden mencionar: suprime los centros inhibitorios del cerebro, causando en el individuo sentimientos de felicidad y pérdida de inhibiciones, disminuye la coordinación visomotora, juicio pobre y reducción de la concentración, pero también estados de ánimo negativos y enojo, lagunas mentales cuando se bebe mucho y en forma sostenida, deterioro de las neuronas cerebrales y del hígado causando la fatal cirrosis (Sue, et al., 2012).

Sin embargo, las drogas con mayor poder adictivo son las opiáceas y las opioides, como la Heroína, la Morfina, la Codeína, el Demerol y la Metadona. Estas sustancias entran en el cerebro rápidamente y causan efectos nocivos para la salud de quien las consume (Ortiz, J., 2015). Los efectos de estas drogas en la salud del consumidor son:

- Delirium por intoxicación: Aparece cuando se consumen dosis altas mezcladas con otros compuestos psicoactivos. También podría desarrollarlo una persona con lesiones cerebrales preexistentes o algún trastorno del Sistema Nervioso Central, debido al uso de estas drogas.
- Trastorno psicótico: Empieza durante la intoxicación y sus síntomas predominantes son alucinaciones o ideas delirantes.

- Trastorno del estado de ánimo: Empieza durante la intoxicación y sus síntomas pueden ser de naturaleza maniaca, depresiva o mixta, según la respuesta individual a las sustancias.
- Trastorno del sueño y disfunción sexual: Aparece con más frecuencia que el insomnio, la hipersomnia. Además de la disfunción sexual, la impotencia.
- Trastorno no especificado: Son aquellos cuadros clínicos que no encajan en ninguna de estas categorías.

(Ortiz, J., 2015).

En el grupo de los estimulantes, también existen drogas muy peligrosas, cuyas consecuencias se detallan a continuación:

- Anfetaminas: son físicamente adictivos y con rapidez derivan en tolerancia. Pueden producir conductas de ataque, homicidas y suicidas. Las altas dosis pueden desatar delirios de persecución, similares a las personas con esquizofrenia paranoide. Las sobredosis suelen causar daño cerebral (Sue, et al., 2012, p. 241).
- Metanfetamina: es un estimulante aún más poderoso que el anterior. Algunos consumidores experimentan depresión y ansiedad, así como cambios físicos en la presión sanguínea, convulsiones e incluso la muerte. En el caso del éxtasis, puede causar daño cerebral permanente en áreas del cerebro que son fundamentales para el pensamiento y la memoria (Sue, et al., 2012, p. 241, 242).
- Cocaína y crack: induce sentimientos de euforia y autoconfianza en los consumidores. La cocaína tiene los niveles más altos de dependencia y abuso entre las drogas ilegales (Sue, et al., 2012, p. 242).

El tercer grupo de drogas se conoce como alucinógenos: entre ellos están la marihuana, el LSD y el PCP.

- LSD: produce distorsiones de la realidad y alucinaciones. Los *buenos viajes* y los *malos viajes*. Estos últimos, incluyen miedo y pánico por distorsiones de experiencias sensoriales, depresión severa, confusión marcada, desorientación y delirios. Grandes cantidades no causan la muerte, aunque hay reportes de suicidio inconscientemente bajo los efectos de LSD (Sue, et al., 2012, p. 245).
- Fenciclidina: es una de las más peligrosas de entre las denominadas drogas de la calle, pueden causar percepción distorsionada, euforia, náuseas, confusión, delirios, conducta agresiva y conducta psicótica violenta. conocida también como PCP, “polvo de ángel”, “cristal”, “hierba mala” o “píldora de la paz” (Sue, et al., 2012, p. 245).

Además de las consecuencias en la salud del consumidor, perjudica la salud emocional de la familia, afecta las relaciones interpersonales y la estabilidad financiera personal y familiar. El Estado debe invertir recursos para la atención de estas personas, lo cual significa un gasto social.

### **1.3. Adolescencia.**

Cada etapa en el desarrollo del ser humano tiene sus particularidades, y cada una aporta al individuo, para que éste continúe su desarrollo, se beneficie de todos los recursos que le rodean, y a la vez, él haga su aporte a la naturaleza y a la sociedad mientras vive.

La adolescencia, es una etapa de tránsito donde el individuo está dejando de ser niño para convertirse en adulto, pero sin haber alcanzado aún la madurez del adulto. Este tránsito puede ser complicado y difícil, pero debe superado para llegar a la edad adulta. Según la OMS, la adolescencia va entre los 10 y los 19 años de edad.

En la adolescencia se distinguen dos etapas: 1) Pre-adolescencia, conocida como la pubertad, empieza aproximadamente a los diez años y continúa entre

dos y tres años más. En esta etapa empieza el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. 2) Adolescencia propiamente dicha. Empieza entre los 15 – 16 años, y va hasta los 19 - 20 años, aquí, maduran y desarrollan completamente los órganos del individuo.

La adolescencia puede ser más difícil para unos chicos que para otros, esto dependerá de algunos factores, como personalidad, estructura familiar, nivel socioeconómico, salud, etc. sin embargo, en mayor o menor grado, todos pasan por dificultades debido a los cambios fisiológicos y psicológicos que se están dando en sus ser. Estos cambios confunden muchas veces al individuo; no sabe si es niño o es hombre; no sabe si es niña o es mujer. Esta confusión le revela una falta de identidad propia, por lo cual se ve en la necesidad de buscarla para sentirse seguro. En este proceso de búsqueda de identidad el adolescente puede cometer errores y desatinos, lo cual genera chistes en quienes le rodean. A causa de los errores propios de la edad, algunos han denominado a esta etapa “la edad el burro” como también, “la edad de la cebra”. Seguramente no hay la intención de lastimar al adolescente, pero se lo puede hacer cuando se aplica estas nominaciones, es mejor no hacerlo.

La adolescencia es crítica y puede tornarse peligrosa. En esta edad prima la emotividad; la mayoría de las decisiones son tomadas por emoción. De no contar con guía y dirección de personas adultas equilibradas, corre el riesgo de tomar decisiones perjudiciales para su vida a corto, mediano y largo plazo. A pesar de las dificultades y riesgos, la adolescencia es la etapa más bonita.

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben apoyo y aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en

miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir... Los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos (Unicef, 2002, p. 1).

Los mayores cambios a nivel endócrino, social y psicológico se dan en la adolescencia. Esta etapa se percibe como una época de crisis por la inestabilidad emocional y comportamental del individuo, asunto que debe ser asumido con madurez, responsabilidad y tolerancia, por parte de jóvenes y tutores. A continuación se analizará cómo se dan estos cambios y cuáles son sus efectos.

### **1.3.1. Desarrollo biológico.**

#### **1.3.1.1. *Mecanismos del desarrollo.***

El hipotálamo es un órgano que está situado en la mitad de la base del cerebro, envía hormonas a la hipófisis, desencadenando la liberación de la hormona del crecimiento. La hipófisis regula los cambios en la pubertad, enviando señales a otras glándulas para que segreguen las hormonas pertinentes. Un poco antes de que se manifiesten las señales de la pubertad, la hipófisis ordena a las glándulas suprarrenales liberar andrógenos, desencadenando así los cambios bioquímicos que producirán el vello corporal. En las mujeres, ordena a los ovarios que liberen estrógeno, hormona con la cual crecen los senos, maduran los genitales y hace que la grasa corporal se acumule, sobre todo en los glúteos y caderas. En los varones ordena a los testículos la liberación de testosterona para la maduración de los genitales y aumento de la masa muscular.

### **1.3.1.2. Crecimiento físico.**

Las personas no crecen a la misma velocidad siempre, cuando más crecen es en la primera fase de la adolescencia. Según Tanner, (como se citó en Kail y Cavanaugh, 2008, p. 302) indica que en un año promedio, un niño o niña normal de entre 6 y 10 años, gana entre 2.5 y 5.2 Kg, y crecen de 5 a 8 cm, en cambio durante el periodo del estirón, una niña puede ganar hasta 9.2 Kg y un niño hasta 11.5 Kg. Las mujeres crecen antes y más rápido que los varones.

El estirón se da en las mujeres dos años antes que en los varones. Empieza hacia los once años, y logra la estatura plena a los 15 años aproximadamente. En los varones el estirón comienza a los 13 o 14 años, y alcanza su madurez a los 17 o 18 años. Las partes del cuerpo no crecen al mismo tiempo. La cabeza, las manos y los pies lo hacen primero, luego los brazos y las piernas. El tronco y los hombros crecen de último.

### **1.3.1.3. Maduración sexual.**

Esta incluye un cambio en las características sexuales primarias, es decir, los órganos que intervienen directamente en la reproducción, como los ovarios, útero y vagina en la mujer; escroto, testículos y pene en el varón. También ocurren cambios en las características sexuales secundarias, esto es las señales físicas no relacionadas directamente con la reproducción, como es, crecimiento de los senos y ensanchamiento de la pelvis en la mujer; apareamiento del vello facial, ensanchamiento de los hombros en los varones; cambios en la piel y en el tono de la voz en ambos sexos; así como aparición del vello corporal.

En las mujeres la pubertad empieza con la menarquía o primera menstruación; mientras que en los varones comienza con el crecimiento de los testículos y del escroto. Aproximadamente entre los 12 y 13 años el varón tiene su espermaturia, primera eyaculación espontánea de líquido seminal con espermatozoides.

### **1.3.2. Desarrollo social.**

Los adolescentes adoptan ciertos comportamientos que a criterio de los adultos pueden parecer fuera de lo normal en sentido negativo. Esto es común en la mayoría de adolescentes, pero también pueden practicar conductas muy emotivas. Ellos están buscando su propia identidad. En la mayoría de temas el criterio de sus amigos es más importante que el de sus padres; se preocupan más por su imagen física, la manera como se ven y la ropa; piensan demasiado en ellos; pasan por periodos de muchas expectativas y falta de confianza; suelen cambiar de humor rápidamente; se interesan y se dejan influir más por los chicos de su edad; demuestran menos afecto a los padres; puede que en ocasiones se muestren rudos o con mal genio; desean ganar la aprobación de sus amigos, sobre todo de los del sexo opuesto. Necesitan tener amigos de su edad, pero también amigos adultos que sean de su simpatía.

### **1.3.3. Desarrollo psicológico.**

El adolescente puede sentir ansiedad ante los retos que les impone el trabajo escolar, también pueden desarrollar problemas de alimentación; la tristeza o depresión suele afectar su rendimiento escolar; esto a su vez, puede inducirlos al consumo de alcohol y/o drogas, a mantener relaciones sexuales sin protección, además de otros problemas. También la relación con los padres puede volverse tensa.

En cuanto a las actividades cognitivas e intelectuales, hacen razonamientos más complejos; expresan mejor sus sentimientos con palabras; desarrollan una noción más clara de lo bueno y lo malo. En esta edad, las personas suelen desafiar los valores aprendidos en el hogar, con ansias de encontrar y establecer su propia escala de valores, lo cual es evidencia de la necesidad de autonomía e independencia moral y social, cosa normal en todo ser humano. Los jóvenes, pasada esta etapa, generalmente retoman los valores aprendidos de los padres.

Durante la adolescencia, los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro. El proceso es gradual, emocional y, a veces, perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, poco después, eufórico, optimista y enamorado (Unicef, 2002, p. 4).

En esta edad aparece una mayor curiosidad por conocer el mundo que lo rodea. La persona accede a una nueva forma de pensamiento, puede formular hipótesis, razonar acerca de ellas y extraer sus propias conclusiones. Puede diferenciar lo real de lo posible, comienza a poner en tela de juicio todo aquello que hasta ahora era inamovible. Tiene opiniones propias y críticas sobre el amor, los estudios, los amigos, la familia, etc. juzga sus propios pensamientos, puede orientar su afecto hacia determinadas ideas y valores y comprometerse en algún modo con ellos. Puede desechar o poner en duda los valores y creencias aprendidos en su hogar.

Debido a los cambios biopsicológicos, la adolescencia puede ser un periodo de riesgo para el desarrollo de múltiples trastornos, desde trastornos relacionados con el aprendizaje hasta trastornos relacionados con sustancias. A continuación, se presentan los trastornos más comunes que pueden darse en la adolescencia.

**Tabla 3. Principales trastornos que se desarrollan en la adolescencia.**

<b>No.</b>	<b>trastorno</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Edad de inicio</b>
1	Fobia social	Miedo intenso y excesivo en situaciones o actos sociales.	Adolescencia.
2	Fobia específica	Miedo intenso a cosa, animal o circunstancia específica.	Infancia o adolescencia temprana.
3	Crisis de angustia	Miedo intenso, acompañado por síntomas como corazón palpitante, temblores, dificultad para respirar o miedo de perder el control o morir.	Adolescencia tardía – mitad de los 30.
4	Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesiva difícil de controlar, de por lo menos 6 meses de duración.	Niñez o adolescencia.
5	Trastorno obsesivo-compulsivo	Pensamientos e impulsos persistentes y recurrentes.	Adolescencia o adultez temprana.
6	Trastorno de despersonalización	Cambios en la percepción, de ser separado del propio cuerpo. Sensación de que las cosas son irreales y que es está en un sueño.	Adolescencia o adultez.
7	Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple)	Existencia de dos o más personalidades distintas, incapacidad para recordar información importante.	Entre la niñez y la adolescencia.
8	Trastorno de somatización	Múltiples y vagas quejas físicas antes de los 30 años de edad.	Adolescencia en general.
9	Trastorno somatomorfo no especificado	Una o más quejas físicas. Durante seis meses o más.	Adolescencia adultez temprana.
10	Trastorno de conversión	Pérdida o perturbación del funcionamiento físico parecido a un trastorno físico	Infancia tardía - adultez temprana.
11	Trastorno dismórfico corporal	Preocupación por un defecto imaginario en la apariencia	De la adolescencia temprana a la década de los 20.
<b>Trastornos relacionados con sustancias</b>			
12	Alcohol		Primer trago en la adolescencia.
13	Opiáceos		Usualmente en la adolescencia tardía.

14	Estimulantes		Adolescentes y adultos jóvenes.
15	Alucinógenos ( LSD, marihuana, PCP)		Adolescentes o jóvenes adultos.
<b>Trastornos parafilias</b>			
16	Fetichismo	Atracción sexual y fantasías que incluyen objetos inanimados como ropa interior femenina.	Adolescencia.
17	Fetichismo travestista	Excitación sexual intensa que se obtiene del travestismo.	En la pubertad.
18	Exhibicionismo	Impulsos, actos o fantasías que incluyen mostrar los genitales a un extraño.	Adolescencia o a partir de los 20.
19	Voyeurismo	Impulsos, actos o fantasías de observar a una persona cuando se desnuda o tiene actividad sexual.	15 años, tiende a ser crónico.
20	Froteurismo	Impulsos, actos o fantasías de tocar o frotarse contra una persona si su consentimiento.	Adolescencia o antes.
21	Sadismos	Impulsos, fantasías actos sexualmente excitantes asociados con causar sufrimiento físico o psicológico.	Niñez temprana, con fantasías sexuales.
22	Masoquismos	Impulsos, fantasías o actos sexuales asociados con ser humillado, lastimado o sufrir.	Varones a los 20; mueres a los 20.
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>			
23	Trastorno distímico	Ánimo deprimido que es crónico y continuo.	Niñez o adolescencia.
24	Trastorno ciclotímico	Estados de ánimo maniaco y depresivo, que son crónicos y de naturaleza continua.	Frecuentemente en la adolescencia.
<b>Trastornos esquizofrénicos</b>			
25	Esquizofrenia tipo desorganizado	Discurso y conductas en extremo desorganizados.	A mediados de la adolescencia tardía
26	Esquizofrenia tipo catatónico	Excesiva actividad motora si propósito; inmovilidad motora o estupor.	Entre la adolescencia y los 20.

27	Trastorno disocial	Intimida o amenaza a otros; miente y hace trampa; destruye la propiedad ajena; roba; inicia peleas físicas, quebranta las reglas con frecuencia.	Infancia o inicio de la adolescencia
28	Anorexia nerviosa	Miedo a intenso a engordar, distorsión de la imagen corporal; ausencia menstrual en las mujeres.	Después de la pubertad o final de la adolescencia
29	Bulimia nerviosa	Episodios recurrentes de atracón, uso recurrente de vómito provocado, preocupación excesiva por el peso y figura del cuerpo.	Al final de la adolescencia o principio de la adultez
30	Trastorno por atracón	Episodios recurrentes de atracones, no existe actividades compensatorias, marcada angustia por el atracón.	Al final de la adolescencia

Fuente: Sue, 2012.

Elaborado por: Dustin Barreno.

Los diversos trastornos de índole psicológica presentados arriba, inician mayormente en la adolescencia, siendo esta una etapa de riesgo para la salud mental y el consumo de sustancias por las razones indicadas en páginas anteriores.

## **CAPÍTULO 2**

### **METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivos.**

### **2.1.1. Objetivo general.**

Analizar y describir la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y la salud mental en los estudiantes de bachillerato en dos colegios mixtos de la ciudad de Quito.

### **2.1.2. Objetivos específicos.**

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictoras de la salud mental en los adolescentes.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictoras del consumo de sustancias en los adolescentes.
- Elaborar un informe conjunto de los resultados.

## **2.2. Diseño de la investigación.**

El tipo de investigación es descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier fenómeno que es sometido a un análisis. Pretenden medir las variables o recoger información de manera independiente conjunta. Su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 80). Mucho menos, hacer inferencias.

En la presente investigación si utilizó este tipo de investigación porque se busca identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes; además, conocer las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de la situación.

### **2.3. Contexto.**

La investigación se realizó en dos colegios de la capital del país. El primer colegio es de administración particular; el segundo es de administración fiscal, En adelante, la primera institución se denominará Colegio "A"; mientras que la segunda institución se denominará Colegio "B".

El Colegio "A" es mixto, matutino, se encuentra ubicado en el norte de la ciudad. Funciona desde el año 1983. Es parte de la red educativa perteneciente a una comunidad religiosa. Atiende desde el Primer Año de Educación Básica hasta el Tercero de Bachillerato, con las Especialidades de Bachillerato General Unificado, Contabilidad e Informática. Tiene la capacidad de albergar a 600 estudiantes, aunque en la actualidad cuenta con el número de 493 alumnos. El cuerpo Docente lo conforman 35 profesores; la titulación académica de los profesores se detalla de la siguiente manera: 5 de 4to. Nivel; 17 de 3er. Nivel; 3 Tecnologías y 10 estudiantes de 3er. Nivel.

El Colegio "B" es mixto, matutino, se encuentra ubicado en el sur de la ciudad. Funciona desde el año de 1967. Atiende en tres secciones: matutina, vespertina y nocturna. En la sección matutina funciona el Bachillerato; en la vespertina funciona octavo, Noveno y Décimo de Básica; mientras que en la sección nocturna funciona desde Octavo a Tercero de Bachillerato. Las especialidades que ofrece son: Bachillerato General Unificado, Técnico de Servicio en Aplicaciones Informáticas y Técnico de Servicio en Contabilidad. el número de alumnos que estudia en la Institución en las tres secciones es de 3226. El personal que labora en el Colegio comprende 127 docentes, 23 administradores y 7 de apoyo. La titulación académica del cuerpo docente se detalla de la siguiente manera: 6 Egresados; 6 Tecnólogos; 73 Licenciados; 8 Ingenieros; 1 Economista; 29 Magíster; y 8 Doctores.

### **2.4. Población y muestra.**

En el Colegio "A" la población estudiantil está conformada por individuos de entre 5 y 18 años de edad; en su mayoría de clase socioeconómica media. Los

participantes son de ambos sexos (once varones y diez mujeres), de entre 14 y 17 años, de primero y segundo Año de Bachillerato, en un total de 21 personas.

En el Colegio "B" la población estudiantil está conformada por individuos de entre 11 y 18 años; mayormente de clase social media baja. Los participantes son de ambos sexos (diez varones y catorce mujeres), de entre 14 y 17 años, de Primer Año de Bachillerato, en un total de 24 personas.

La muestra se obtuvo mediante el método casual accidental no experimental, es decir, se eligieron a los participantes según el sector de residencia de los investigadores. Los participantes son estudiantes de primero y segundo año de Bachillerato, de entre 14 y 17 años de edad, 24 mujeres y 21 varones, 45 en total. Los establecimientos educativos son mixtos, de la sección diurna. Del 100% de estudiantes (100) invitados a participar en el estudio, lo hizo el 45% (45). Posterior a la autorización de los rectores de las instituciones, del consentimiento de los padres de familia y del asentimiento de los participantes, se procedió a la recolección de los datos.

## **2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.**

Los métodos de investigación utilizados en el presente trabajo son el método descriptivo y el método estadístico. El primero, permite explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias estupefacientes en los estudiantes de primero y segundo Año de bachillerato en los estudiantes de los colegios "A" y "B" de la ciudad de Quito.

El método estadístico por su parte, facilita la organización de la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y al consumo de sustancias estupefacientes en la población antes mencionada. Este método centra su análisis en el nivel de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto del tiempo; en este caso, el punto en el tiempo es la adolescencia por la cual atraviesan los participantes.

La técnica preferencial para la recolección de información utilizada en el presente trabajo es el cuestionario. La batería está compuesta por diez instrumentos o cuestionarios, los cuales se detallan en la tabla No. 4.

**Tabla 4. Baterías de Instrumentos Psicológicos.**

<b>No.</b>	<b>Nombre del Cuestionario</b>	<b>Evalúa</b>	<b>No. de Reactivos</b>
1	Cuestionario de variables psicosociales	Variables psicosociales y de salud.	20
2	Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983).	El grado en que las situaciones de la vida de la persona son consideradas como estresantes.	14
3	Cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011).	La inflexibilidad psicológica o rigidez	7
4	Cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008)	Patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol.	10
5	Type A Behavior Scale (personalidad tipo A)	Elementos que ejercen presión sobre la persona, como tiempo, competitividad, trabajo, etc.	10
6	Cuestionario de apoyo social	La sensación subjetiva de soledad.	20
7	Cuestionario sobre resiliencia	La capacidad de adaptación y recuperación de las personas frente al estrés.	6
8	Cuestionario de consumo problemático de otras drogas	Consumo de sustancias en los últimos tres meses.	11
9	Cuestionario de ansiedad y depresión	Síntomas depresivos y de ansiedad en las últimas dos semanas.	9
10	Cuestionario de satisfacción vital	Percepción propia sobre la satisfacción vital.	1

Elaborado por: Dustin Barreno R.

## **2.6. Procedimiento.**

El procedimiento para realizar el presente trabajo se dio de la siguiente manera:

- Entre el 9 y 11 de abril del presente año, se realizó en la Ciudad de Loja (sede matriz de la Universidad) la capacitación presencial en la cual, se presentó ampliamente al grupo de investigadores la importancia del tema a investigar, las variables a ser investigadas, el proceso lógico y técnico a seguir, beneficios y resultados esperados de la investigación.
- Del 19 al 24 de mayo, se realizó el acercamiento y aprobación de la participación en el proyecto por parte de los Rectores de los establecimientos educativos.
- Del 1ro. al 19 de junio se realizó la coordinación (socialización del proyecto con los estudiantes, firma de aprobación de los padres) y aplicación de las baterías de instrumentos psicológicos a los participantes, previo asentimiento de los mismos.
- El 27 de junio se llevó a cabo la sesión de asesoramiento a los investigadores sobre el ingreso de datos a la matriz.
- Del 29 de junio al 12 de julio: ingreso de los datos a la matriz por parte del Investigador.
- El 13 de julio: Envío de la matriz con los datos, mediante correo electrónico al Director del proyecto, por parte del investigador.
- Del 17 al 30 de agosto: elaboración de análisis y discusión de los resultados.
- El 1ro. de octubre: entrega del informe a los establecimientos educativos investigados.
- El 2 de octubre: Envío del informe final de la investigación al equipo investigador de la Universidad.

## 2.7. Recursos.

Los recursos utilizados para la realización del presente trabajo se presentan de manera detallada a continuación.

### a. Talento Humano.

Capacidades cognitivas, emocionales, motrices y volitivas del investigador y los participantes inmersos en el proceso investigativo.

### b. Recursos materiales.

- Computadora.
- Proyector de video.
- Esferográficos.
- Copias de matrices de recolección de información
- Pizarra.
- Marcadores tiza líquida.
- Lápices.

### c. Recursos económicos.

1.000,00 dólares.

### d. Recursos institucionales.

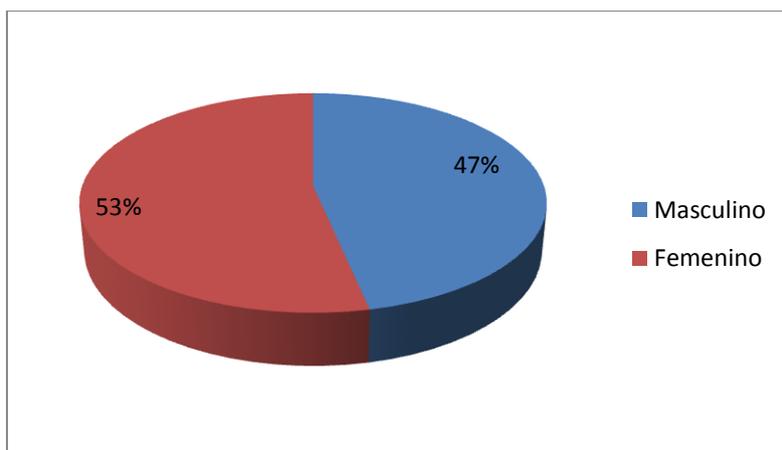
- Autorización académica por parte de la Universidad Técnica Particular de Loja para realizar el presente trabajo.
- Asesoría técnica por parte de la Universidad durante el proceso de investigación.
- Autorización por parte de las instituciones educativas en las cuales se realizó la investigación.

## **CAPÍTULO 3.**

### **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

### 3.1. Datos psicosociales.

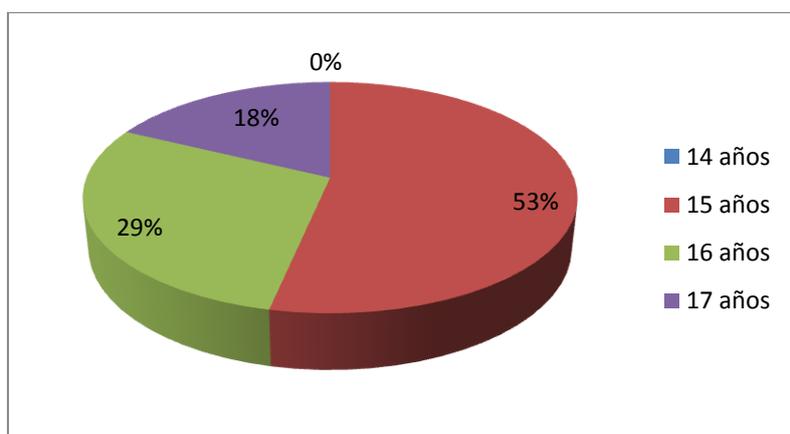
El número de participantes que integran la muestra equivale a 45 (n= 45). Como lo muestra la figura 1, del total investigado, el 47% corresponde al sexo masculino, y el 53% al sexo femenino.



**Figura 1. Sexo**

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015. Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

En cuanto a la variable edad, el 53% de la muestra tiene 15 años siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 29% 16 años, el 18% tiene 17 años, siendo de 0% el porcentaje para 14 años (ver figura 2).

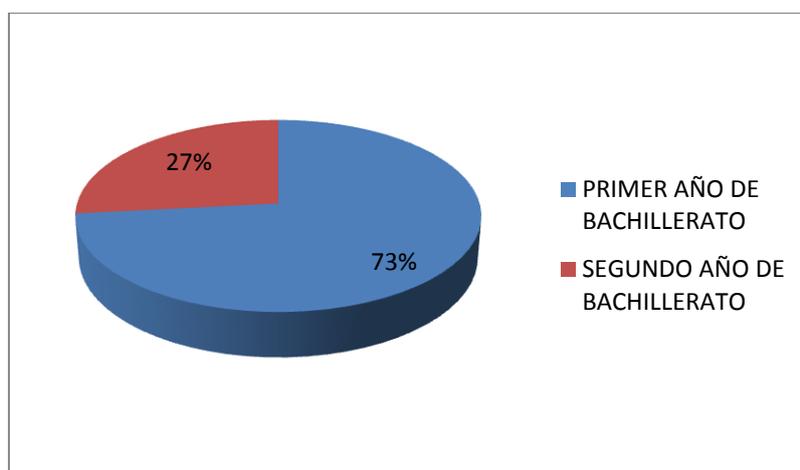


**Figura 2. Edad**

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015. Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Con respecto al año de estudio que cursan, el 73% cursa el primer año de bachillerato y el 27% el segundo año de bachillerato (ver figura 3).

Considerando la variable año de bachillerato de la figura 3, existe mayor número de investigados en el primer año de bachillerato respecto al 27% del segundo año de bachillerato.



**Figura 3. Año de bachillerato**

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.  
Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

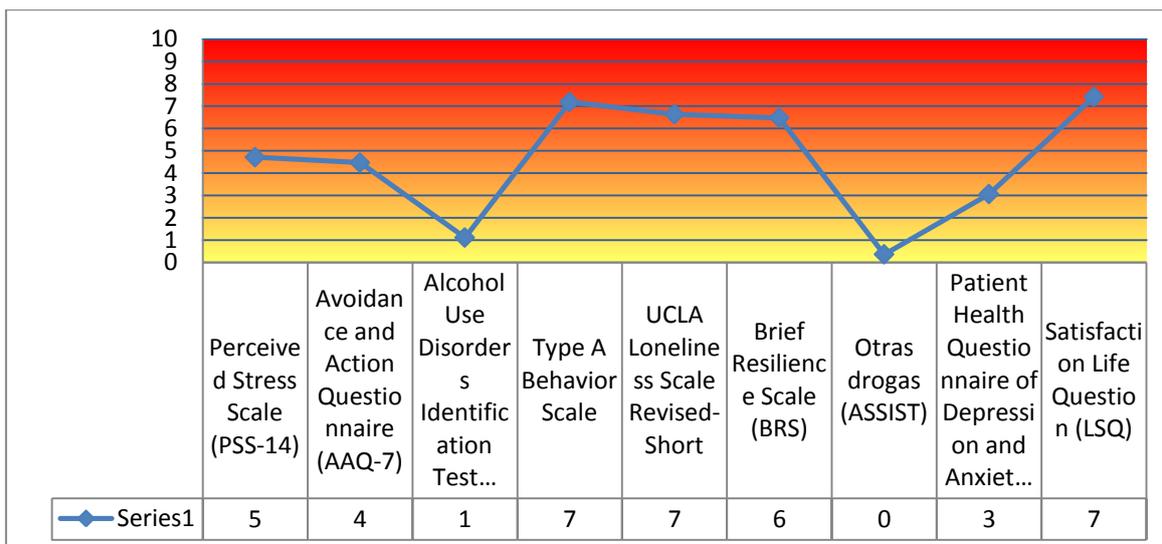
### 3.2. Análisis de resultados generales.

Para la presentación gráfica de los resultados, se ha elaborado una escala estandarizada de cero a diez (0 – 10) puntos, tomando en cuenta que 5 es el valor medio. La definición de riesgo o protección en el resultado de las variables es particular; es decir, depende de cada variable.

Las consideraciones cualitativas de las puntuaciones son:

- 0 – 4 = Bajo
- 5 = Medio
- 6 – 10 = Alto

En el presente apartado se analizarán todas las variables estudiadas, dando especial atención a aquellas que se encuentran más alejadas de la media (5).



**Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.**

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Como se puede apreciar en la figura 4 en cuanto a la primera variable que es el estrés, podemos verificar que se ubica en 5 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de la media establecida; es decir, no representa un factor de riesgo ni de protección para los participantes al momento del estudio.

**Tabla 5. (Frecuencia PSS-14).**

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	6	12	13	13	1
2	8	8	15	11	3
3	4	8	11	13	9
4	2	5	18	10	10
5	2	5	12	21	5
6	2	3	13	16	11
7	2	3	16	12	12
8	6	10	19	9	1
9	1	5	13	20	6
10	2	6	12	19	6
11	6	4	12	19	4
12	3	3	12	17	10
13	2	9	19	9	6
14	3	14	14	11	3

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Como se puede apreciar en la tabla 5, de los 45 participantes, 21 respondieron que durante el último mes han sentido “A menudo” haber afrontado con eficacia los cambios importantes en su vida. Así mismo, 20 participantes han respondido que en el último mes “A menudo” han podido controlar las dificultades de su vida. (Reactivos 5 y 9 respectivamente en la tabla 5). Sin duda, para ser la juventud una edad de inestabilidad y tensión, esta es una evidencia favorable, con relación al manejo adecuado del estrés.

Es conocido que la adolescencia es una etapa de cambios biológicos psicológicos y sociales, por lo cual está sujeta a experiencias de tensión y estrés, a la vez que, es difícil para el joven utilizar correctamente estrategias de afrontamiento del estrés, por lo mismo puede agravar los estados emocionales. Según Barra (2003), esto induce al joven a adoptar conductas no saludables como fumar e ingerir alcohol (Citado por Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006, p. 56). Así mismo, para Nadal (2008), “el estrés es un factor asociado a la conducta adictiva”; de igual manera, (Wills, 1986; Windle y Windle, 1996) mencionan que “el estrés vital está asociado como factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes” (Citados por Calvete y Estevez, 2008, p. 50). En el presente trabajo los datos indican que el estrés no es una variable de riesgo para la muestra investigada.

Con respecto a la variable inflexibilidad psicológica, podemos verificar que la población investigada cuenta con una puntuación de 4, lo cual está por debajo de la media, por ende se define como variable protectora. 18 participantes han respondido que “Nunca es verdad” que los recuerdos dolorosos le impidan llevar una vida plena. 17 participantes han respondido que “Muy raramente es verdad” que sus experiencias y recuerdos dolorosos hagan que sea difícil llevar la vida que quisieran (reactivos 4 y 1 respectivamente en la tabla 6).

**Tabla 6. (Frecuencia AAQ-7)**

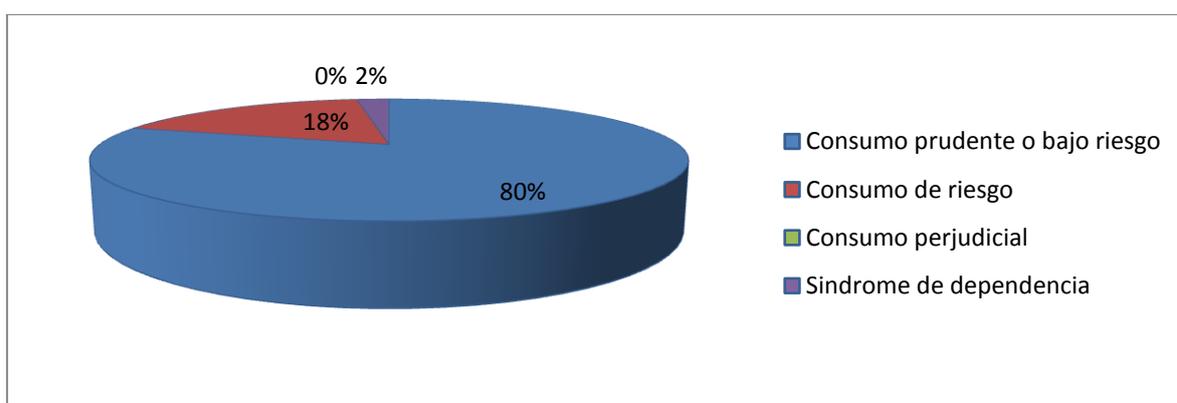
Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	7	17	6	12	2	1	0
2	5	9	4	11	6	7	3
3	6	13	7	8	6	5	0
4	18	11	3	7	2	2	2
5	11	7	8	6	4	6	3
6	8	17	1	8	4	4	3
7	13	9	4	8	3	5	3

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Como se dijo antes, la inflexibilidad psicológica es la falta de habilidad de una persona para modular el comportamiento en función de su utilidad, cambiando o persistiendo en él si es necesario, para alcanzar los objetivos deseados. Aunque no existen estudios al respecto, en el presente trabajo es una variable protectora.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT) cuenta con una puntuación de 1, lo cual está muy por debajo de la media; con ello podemos afirmar que se presenta como variable protectora.



**Figura 5. Figura del Test de AUDIT.**

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Del número total de participantes, el 80% presenta un consumo prudente o de bajo riesgo; el 18% un consumo de riesgo; el 2% presenta síndrome de dependencia; y, el 0% consumo perjudicial (ver figura 5).

Según el Plan Nacional sobre Drogas de España (2005) El alcohol es la segunda sustancia con la que los estudiantes de secundaria tienen un contacto precoz, situándose la edad media de inicio al consumo en los 13,70 años, antecedido del tabaco con 13,20 años (Citado por Inglés, et al., 2007, p. 405). Así mismo, un estudio realizado por Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) mostró que el abuso de alcohol en adolescentes se relaciona con problemas de salud, fracaso escolar, sexo no planificado, alteraciones afectivas, problemas legales e inicio de consumo de drogas (Citado por Inglés, et al, 2007, p. 405). Sin embargo, la prevalencia en el consumo de alcohol en nuestro estudio es bastante baja.

Al interpretar los resultados de la variable personalidad, se observa que mantiene una puntuación elevada de 7, lo cual supera la media establecida, esto indica que (Type A Behavior Scale) es una variable de riesgo. (Tabla 7).

**Tabla 7. (Frecuencia Type A)**

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	24	13	8	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	11	22	9	3
3	13	20	9	3
4	6	20	16	3
5	8	16	18	3
6	13	13	15	4
Reactivo	Si		No	
7	40		5	
8	37		8	
9	42		3	
10	35		10	

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.  
Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

De los 45 participantes, 24 aceptan que “A menudo” tienen un fuerte deseo por sobresalir; 22 “De vez en cuando” se sienten presionados por el tiempo; 20 son autoritarios y dominantes; 40 llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar; a 37 participantes alguna vez el estudio les llevó al límite del agotamiento; 42 de ellos se sienten inseguros, incómodos e insatisfechos con su rendimiento académico; a 35 les molesta esperar. (Reactivos 1, 2, 4, 7, 8, 9 y 10).

El patrón de conducta Tipo A es definido como un conjunto de emociones y acciones que conllevan disposiciones comportamentales como ambición, agresividad, competitividad e impaciencia; conductas tales como tensión muscular, estilo rápido y enfático de hablar, ritmo acelerado de actividades; y, respuestas emocionales tales como irritabilidad, hostilidad, impaciencia y cólera (León, Romero y Sirlopu, 1995). No existen muchos estudios sobre el tema, pero en el presente trabajo, los datos indican que es una variable de riesgo para la muestra.

La variable de soledad (UCLA), presenta una puntuación de 7, la misma que se encuentra por encima de la media, esto indica que la población investigada presenta alto nivel de soledad, y a la vez es una variable de riesgo (ver tabla 8).

De la muestra investigada, 20 personas “A veces” sienten que sus intereses e ideas no son compartidos por quienes les rodean; 19, que nadie les conoce realmente bien; 19 sienten que son tímidos; y, 17 que les falta compañía.

La alta puntuación en la variable de soledad indica que el apoyo social es bajo. Este apoyo es impartido por medio de redes sociales, las mismas que suelen estar conformadas por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad; estas personas son significativas emocionalmente para el individuo y constituyen un elemento indispensable para la salud, ajuste y bienestar del mismo (Orcasita y Uribe, 2010, p. 70).

**Tabla 8. (Frecuencia UCLA)**

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	5	12	22	6
2	8	14	17	6
3	12	19	10	4
4	10	17	10	8
5	2	2	16	25
6	5	10	21	9
7	13	20	9	3
8	5	19	20	1
9	0	4	16	25
10	0	8	23	14
11	13	17	13	2
12	11	20	10	4
13	8	9	19	9
14	13	18	9	5
15	4	13	14	14
16	2	13	18	12
17	6	15	19	5
18	6	17	16	6
19	3	5	16	21
20	2	5	14	24

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015. Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Los principales pioneros en el tema del apoyo social Cassel, Cobb y Caplan en los años 70' propusieron que el apoyo social, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de sucesos estresantes (Orcasita y Uribe, 2010, p. 70), lo cual favorece una buena salud mental y la abstinencia del consumo de sustancias adictivas.

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), la población investigada se ubica con una puntuación de 6, esto indica que la población investigada dispone de las herramientas resilientes para superar positivamente los problemas que afronta. Es una variable protectora.

**Tabla 9. (Frecuencia Brief Resilience Scale BRS)**

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	4	19	11	9
2	8	11	14	11	1
3	5	7	16	13	4
4	7	10	17	7	4
5	2	12	17	8	6
6	7	13	15	6	4

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.  
Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Como se puede observar en la tabla 9, las mayores frecuencias de 19 individuos se sitúan en el (reactivo 1), quienes han escogido la opción neutral a la cuestión de sentir que la gente que les rodea les entiende. La mayoría de frecuencias están en la opción neutral o positiva, pero nunca negativa, lo cual se evidencia que la muestra tiene un grado aceptable de resiliencia.

La adolescencia es una edad en la que el individuo es altamente vulnerable a padecer enfermedades físicas y mentales; así como a ser inducido al consumo de sustancias; sin embargo, también tiene el potencial para desarrollar varios factores de protección, entre ellos la resiliencia. Como ya se dijo antes, resiliencia es la capacidad para afrontar la adversidad y lograr adaptarse bien ante las tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo. Los participantes de la muestra mantienen un factor de protección, ya que tienen un punto por encima de la media en una escala de diez.

(González y Valdez, 2013,) Afirman que los niños y jóvenes pueden presentar algunas dificultades para desarrollar la resiliencia, a menos que cuenten con la ayuda de un adulto, especialmente de aquellos en quienes ellos confían, respetan, aman y con los que se sienten unidos de alguna manera. En el presente trabajo no existe consistencia con esta afirmación, ya que la muestra presenta un bajo nivel de apoyo social y un nivel de resiliencia por encima de la media.

En el caso de la variable consumo de otras drogas (ASSIT) puntúa con 0, lo cual es considerablemente bajo respecto a la puntuación máxima de 10 puntos; sin embargo, cada semana dos personas consumen tabaco de alguna clase; tres personas consumen alcohol de algún tipo; una persona consume anfetaminas; una persona consume sedantes; y, una persona consume alguna otra sustancia psicoactiva. (Reactivos 2, 3, 6, 8 y 11 respectivamente de la tabla 10).

Esta es la variable en la que el grupo de participantes obtuvo una puntuación de cero en la escala de diez, lo cual significa que el grado consumo es mínimo, y el de protección es alto, lo cual evidencia que existe poca probabilidad de que la media del grupo participante desarrolle algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias. (ver tabla 10).

**Tabla 10. (The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test ASSIST)**

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	42	3	0	0	0
2	32	9	2	2	0
3	28	12	2	3	0
4	42	1	2	0	0
5	45	0	0	0	0
6	44	0	0	1	0
7	44	1	0	0	0
8	43	0	0	1	0
9	44	1	0	0	0
10	44	1	0	0	0
11	42	2	0	1	0

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.  
Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

En cuanto a la variable depresión/ansiedad, ésta alcanza una puntuación de 3, por debajo de la media, lo cual indica que es una variable protectora (Tabla 11). Aunque las investigaciones muestran altas tasas de prevalencia de ansiedad

en población adolescente, especialmente en las mujeres (García, Inglés y Lagos, 2014, p. 17), se evidencia inconsistencia entre estos datos y nuestro estudio.

La mayor frecuencia se encuentra en el reactivo 7, que plantea la pregunta si existen problemas de concentración en actividades intelectuales, a la cual 29 participantes respondieron que “Nunca” lo han experimentado; seguido del reactivo 9, que plantea si ha pensado que sería mejor estar muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma, 27 participantes respondieron de la misma manera; aunque 25 personas respondieron que varios días se han sentido tristes, deprimidos o desesperados (reactivo 2). Se ratifica que la presente es una variable de protección.

**Tabla 11. (Frecuencia PHQ-9)**

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	13	19	11	2
2	11	25	7	2
3	20	9	12	4
4	17	18	7	3
5	15	16	5	9
6	14	16	9	6
7	29	10	2	4
8	25	10	3	7
9	27	12	3	3

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015. Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

Existe una estrecha relación entre el uso de herramientas para el manejo del estrés y los estados de ansiedad y depresión. Las competencias que favorecen la salud psicológica son la capacidad para manejar las emociones y el estrés; así como la capacidad para lograr las metas personales y la capacidad para unificar los sentimientos con los pensamientos (Romero, Gallegos, Flores y Fulquez, 2013, p. 57). Por el contrario, Bar-On (como se citó en Romero, et al., 2013, p. 57) señala que “las deficiencias en estas habilidades conducen a la ansiedad y a la depresión”. Existe consistencia entre lo mencionado por el

estudio citado y el nuestro, ya que el nivel de estrés de la muestra está en la media (5) y el nivel de ansiedad/depresión es (3); y entre la variable depresión/ansiedad y la abstinencia en el consumo de alcohol y drogas.

Finalmente, la variable (Satisfaction on Life) con una puntuación de 7 sobre la media, nos indica que la población investigada considera tener una buena satisfacción de vida, siendo ésta una variable protectora. (Ver tabla 8).

**Tabla 12. (Satisfaction Life Question – SLQ).**

<b>Insatisfecho (0)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5 Neutral</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
0	0	0	2	0	7	2	8	14	7	5

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.  
Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

De los participantes (45), 14 perciben que su satisfacción de vida es de 8, en la escala de 0 – 10. Sólo dos personas marcan una puntuación por debajo de la media. La correlación entre satisfacción vital y síntomas depresivos es inexistente. (Gómez, 2014), en su tesis doctoral declara “cualquier correlación entre alguna medida de satisfacción vital y alguna medida de los síntomas depresivos resulta negativa. Así, mayores puntuaciones en satisfacción vital se asocian con menores puntuaciones en síntomas depresivos, y viceversa” (p. 90-91).

El mismo autor, citando el estudio de (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane, 2001), menciona que fumar o masticar tabaco, consumir marihuana o cocaína, un consumo frecuente de alcohol y/o excesivo de alcohol y el consumo de esteroides estaban asociados significativamente con una menor satisfacción vital en diversos grupos de etnia y género. Además, empezar a consumir antes de los 13 años alcohol, marihuana, cocaína o tabaco también estaba asociado de forma significativa con una menor satisfacción vital.

Por lo dicho, el presente trabajo mantiene consistencia entre un bajo consumo de alcohol y drogas, y un alto nivel de satisfacción vital y viceversa.

### 3.3. Análisis comparativo de resultados.

Al separar a los participantes por sexo y comparar las variables entre ellos, no se encuentra mayor diferencia entre varones y mujeres; existe diferencia en la mayoría de variables, pero es mínima.

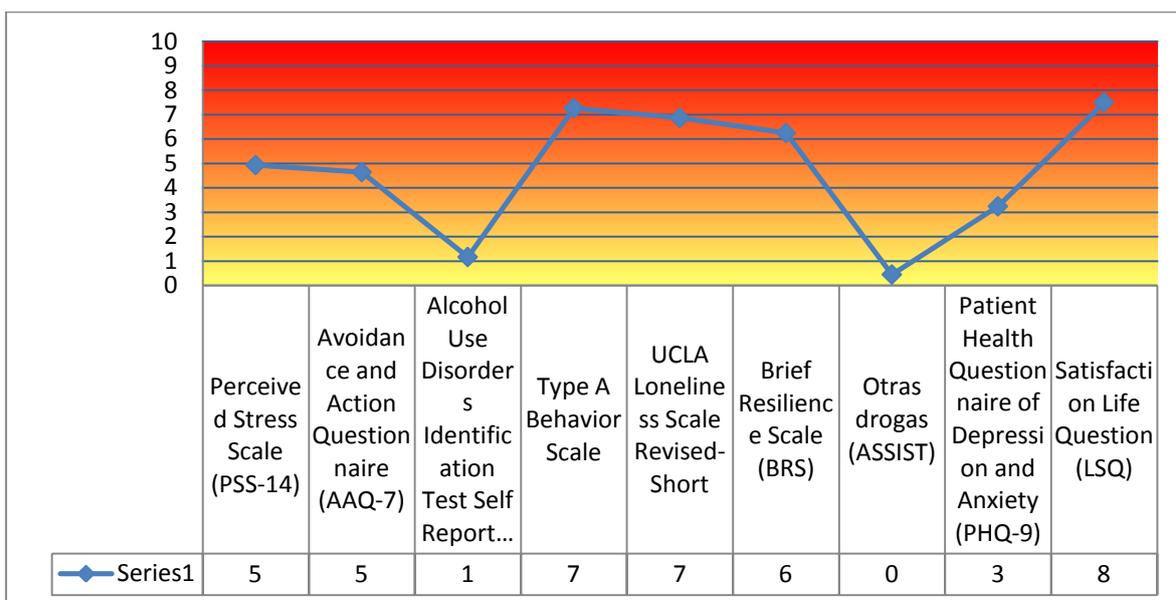
Las consideraciones de las puntuaciones son:

0 – 4 = Bajo.

5 = Medio.

6 – 10 = Alto.

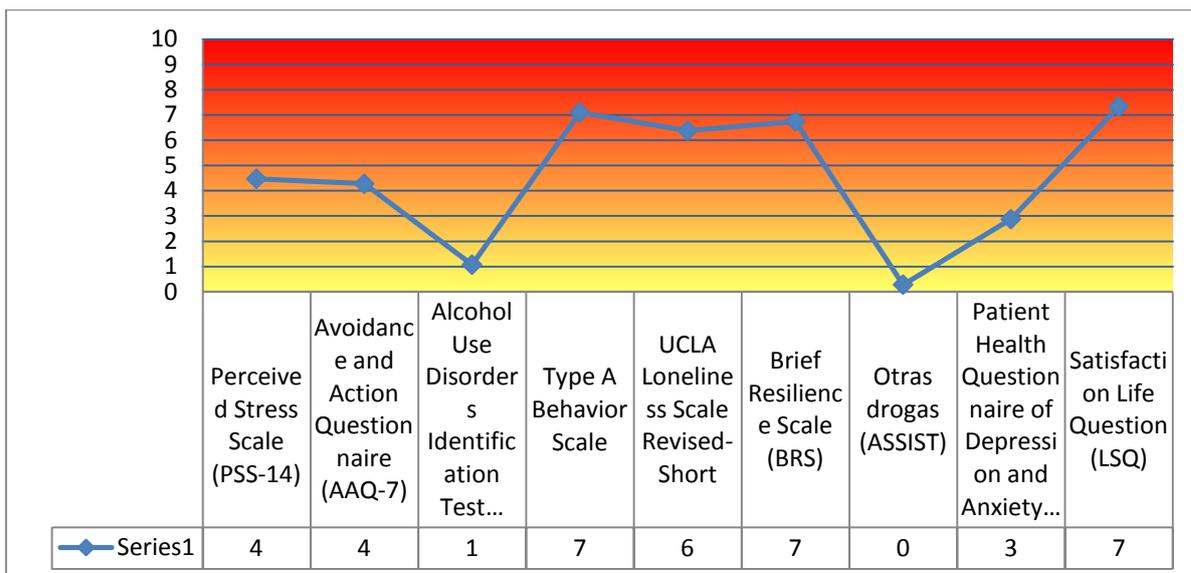
Para mejor apreciación, ver el análisis comparativo en las figuras 6 y 7.



**Figura 6. Figura de los test con resultados estandarizados género femenino.**

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.



**Figura 7. Figura de los test con resultados estandarizados género masculino.**

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Dustin Barreno Rodríguez.

**Percepción del estrés.-** es levemente mayor en mujeres que en varones, en las mujeres la puntuación se ubica en la media (5), mientras que en los varones es de cuatro, variable protectora. En un estudio realizado por (Barra, et al., 2006) encontraron que las mujeres adolescentes reportan mayores niveles de problemas de salud, de eventos estresantes y de estrés percibido (p. 60). Así mismo, en un estudio realizado por Benjet, et al. (2009), aseveran que las mujeres adolescentes son más prevalentes y vulnerables que los varones, no solo al estrés, sino a un sinnúmero de trastornos psiquiátricos (p. 161).

**Inflexibilidad psicológica o rigidez.-** en la muestra general, en la escala de 0 – 10, esta variable se ubica en cuatro. Sin embargo, al realizar la comparación entre sexos, la tendencia es mayor en mujeres que en varones. Ellas puntúan en la media (5); mientras que en ellos es una variable protectora (4), Al igual que en la variable anterior. La inflexibilidad psicológica no se presenta como un factor de riesgo en la muestra, favorable sobre todo en los varones.

**Consumo problemático de alcohol.-** mujeres y varones coinciden en un grado; la puntuación en ambos grupos es sumamente baja, por lo tanto, es una variable protectora en ambos sexos. En un estudio realizado en España y

en México durante el año 2010, se observó que los varones ingieren alcohol en mayor medida que las mujeres, a pesar de que éstas parecen ser consumidoras más frecuentes y a la vez más moderadas (Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011, p. 218).

Martínez (2005), señala que hay más hombres que mujeres que consumen alcohol en la mayoría de los países, aunque estas cifras se han estado igualando durante los últimos años en tal proporción que en algunas partes del mundo llega a ser en la actualidad muy semejante (citado por Landero y Villarreal, 2007, p. 18).

**Personalidad tipo “A”.-** tanto mujeres como varones puntúan en siete, lo cual indica que es una variable de riesgo, de modo que es importante tomar medidas preventivas al respecto.

**Apoyo social.-** en este caso se refiere a la percepción de soledad que tienen los participantes de sí mismos. La soledad en los varones es alta (6), lo que indica que su apoyo social está por debajo de la media. En el caso de las mujeres la soledad es más alta (7), lo que significa que su apoyo social es aún más bajo. Ellas sienten mayor soledad y menor apoyo social que los varones. Aunque existen pocos estudios sobre la percepción de apoyo social en adolescentes comparativos entre sexos, en un estudio realizado por (Martín, 2011, p. 111) en un acogimiento residencial estudiantil en España, las chicas manifiestan recibir mayor afecto y apoyo social que los chicos. De igual manera (Chavarría y Barra, 2014), encontraron que las mujeres adolescentes tenían mayor percepción de apoyo social que los varones de la misma edad. En tal caso los resultados del presente estudio, son inconsistentes con los resultados de los estudios mencionados.

**Resiliencia.-** las mujeres puntúan en seis; mientras que los varones puntúan siete; los varones son más resilientes que las mujeres. En un estudio realizado por (González Arratia, Valdez, y Zavala, 2008) se encontró que los hombres muestran mayor resiliencia que las mujeres (p. 50). En otro estudio realizado

en la ciudad mexicana de Toluca por González y Valdez (2013) encontraron mayores características de resiliencia en las mujeres, en comparación con los varones. Mientras que para (Alvarado, 2015, p. 231) son las mujeres quienes tienen los niveles más altos de resiliencia. A diferencia del primer estudio, los dos últimos son inconsistentes con el resultado del presente estudio.

**Consumo problemático de otras drogas.-** ambos grupos coinciden en una puntuación de cero. Siendo éste un factor de protección considerable. De acuerdo a (Calvete y Estevez, 2009), los chicos consumen más sustancias en general que las chicas, a excepción del tabaco (p. 53). “En algunos estudios se ha podido constatar que los varones tienen más probabilidad de desarrollar drogodependencias que las mujeres” (Landeró y Villarreal, 2007, p. 22).

En el estudio realizado por (Moral, Ovejero, Castro, Rodríguez, y Sirvent, 2011) encontraron que:

Las adolescentes muestran más resistencia frente al consumo de drogas, mientras que los chicos presentan una disposición más favorable a experimentar. Las mujeres dan muestras de una mayor sensibilización ante la problemática de la droga y sus consecuencias, y presentan mayor respeto y sensibilidad hacia quienes consumen droga. Por último, las adolescentes reconocen una gran curiosidad y deseos de experimentar con drogas institucionalizadas, como el alcohol y el tabaco, pero menos que los varones en el caso de las drogas ilegales (p. 307).

Los resultados de los estudios mencionados son inconsistentes con los resultados de nuestro estudio.

**Depresión y ansiedad.-** tanto varones como mujeres puntúan en tres; sin embargo, la mayoría de estudios encuentran que en comparación con los hombres las mujeres adolescentes reportan mayores niveles de problemas de salud, de eventos estresantes, de estrés percibido y de ánimo depresivo (Barra,

Cerna, Kramm, y Véliz, 2006, p. 60); las mujeres presentan mayores síntomas de depresión y ansiedad, debido a que éstos superan a las chicas en la práctica de actividades deportivas (Herrera, Brocal, Sánchez, y Rodríguez, 2012, p. 35). Los adolescentes muestran mejores niveles respecto a las adolescentes en las variables resiliencia, felicidad, depresión, estresores cotidianos, bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autonomía, auto percepción, relación con padres y vida familiar y, recursos económicos (Quiceno y Vinaccia, 2014, p. 163).

**Satisfacción de vida.-** las mujeres la perciben en un grado de ocho, y los varones en siete. Es una variable de protección en ambos sexos. Aunque existen pocos estudios comparativos relacionados al tema; Sin embargo, según (Reina, Oliva, y Parra, 2010) las puntuaciones en cuanto a autoestima, autoeficacia y satisfacción vital favorecen a los varones (p. 61). Lo cual es inconsistente con los resultados de nuestro estudio en la presente variable.

## CONCLUSIONES

Al comparar los resultados de los estudios presentados en la discusión, que analizan las mismas variables, se observa que existen coincidencias pero también diferencias entre los resultados de estos estudios, así como entre éstos y el nuestro. Las razones para las discrepancias pueden ser varias, como por ejemplo, la diferencia de el/los instrumentos utilizados entre un estudio y otro, la población, el momento de la aplicación de la prueba, la preparación de quienes aplican la prueba, etc.

En todos los estudios existen factores externos e internos que pueden causar sesgo en los resultados; en nuestro estudio existe la posibilidad de un sesgo en los resultados debido al momento en que se aplicó la batería a los estudiantes, ya que eran las últimas semanas del periodo lectivo en la ciudad de Quito, lo cual produce tensión y ansiedad en los participantes, ya sea por motivos académicos, sociales y/o de culminación de un periodo, lo cual puede restarle objetividad a las respuestas. En todo caso, de existir el sesgo debe ser mínimo. Luego de estas consideraciones, se concluye que:

1. El nivel de estrés no es un factor de riesgo por el momento, siendo más favorable para los varones. En cuanto a la inflexibilidad psicológica es un factor de riesgo sobre todo en mujeres, para el consumo de sustancias y la salud mental.
2. Con respecto al consumo de alcohol, El 2% tiene síndrome de dependencia; un 18% consumo de riesgo, y el 80% consumo de bajo riesgo; sin embargo, es necesario crear acciones preventivas. La personalidad tipo A si es un factor de riesgo para el consumo de sustancias y la salud mental.
3. El grupo percibe poco apoyo social, siendo la percepción de soledad en mujeres superior que en los varones, y por consiguiente el riesgo también mayor. La variable de resiliencia es un factor de protección en el grupo, más aún en los varones.

4. El consumo de otras drogas entre los participantes es mínimo, lo cual es un factor altamente protector. De la misma manera, el grupo presenta un bajo nivel de ansiedad y depresión. Ambas variables presentan un nivel que favorece la salud mental y desalienta el consumo problemático de sustancias.
5. La satisfacción de vida de los participantes está por encima de la media, sobre todo en las mujeres, lo cual favorece la abstinencia del consumo problemático de sustancias y una buena salud mental.
6. De las nueve variables analizadas, seis se sitúan en un rango de protección, dos son de riesgo, y una está en la media. La variable más favorable es el consumo de otras drogas, que puntúa cero (0); mientras que Personalidad Tipo A y Soledad, son las variables de riesgo con puntuación de siete (7).
7. La apertura por parte de las autoridades de las instituciones educativas fue amplia, sin embargo, los reglamentos y estatutos relacionados con los derechos de los adolescentes, en cierto modo producen coerción en los funcionarios, impidiendo la realización de este tipo de estudios. y/o minimizando la importancia de éstos.
8. Durante el proceso de recogida de información se evidenció temor y rechazo a participar por parte de los estudiantes, lo cual puede significar el deseo de ocultar aquellas conductas relacionadas con el objetivo del presente estudio, lo que determinó para que el 55% de los invitados a participar se abstuvieran.
9. El grupo de participantes en general, presenta un estilo de vida que favorece la abstinencia en el consumo problemático de sustancias y la salud mental, ya que las variables relacionadas con ambas problemáticas en su mayoría presentan un nivel de protección.

## **RECOMENDACIONES:**

- Elaborar un plan en el que se trace el objetivo de disminuir de manera cualitativa y cuantitativa los rasgos de personalidad Tipo A, mediante actividades curriculares y extracurriculares específicas.
- Realizar actividades de convivencia entre padres e hijos, con el propósito de promover el conocimiento mutuo, el desarrollo de patrones adecuados de comunicación familiar y el sentido de pertenencia, con el fin de enriquecer las relaciones paterno-filiales, disminuyendo así el riesgo de que los jóvenes incurran en el consumo problemático de sustancias.
- Organizar conjuntamente con organismos de control y de salud la realización de actividades educativas a padres e hijos. Sobre prevención, detección y manejo adecuado del consumo de sustancias, de modo que todos los integrantes de la comunidad educativa puedan estar capacitados y motivados para adoptar conductas preventivas y correctivas en el consumo problemático de sustancias.
- Capacitar técnicamente a los docentes de modo que puedan intervenir de manera adecuada cuando existan conflictos relacionados con el consumo de sustancias en los recintos educativos, y no adopten la actitud de la evasión o permisividad.
- Realizar estudios similares con toda la población estudiantil durante el año lectivo de manera planificada, de modo que el posible sesgo en los resultados sea mínimo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agustí, F. (14 de junio de 2013). Ser historia: las drogas y su origen. Cadena Ser. Recuperado de:  
[http://cadenaser.com/programa/2013/06/14/ser\\_historia/1371165434\\_85015.html](http://cadenaser.com/programa/2013/06/14/ser_historia/1371165434_85015.html)
- Alvarado, P. (2015). Efecto de un programa basado en la inteligencia emocional para la mejora de la resiliencia en alumnos del quinto grado de secundaria en situación de pobreza. In *Crescendo. Institucional*, 2(1), 224-234. Recuperado de:  
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/920/492>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243. Recuperado de:  
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>
- Barra, E., Cerna, C., Kramm, D. y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524106>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*. 32(2), 155-163. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=58212275008>
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M., Aparicio, B. y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Pública*, 33(4), 252–258.

- Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56. Recuperado de: [http://www.infocoonline.es/pdf/49-56\\_Calvete.pdf](http://www.infocoonline.es/pdf/49-56_Calvete.pdf)
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de la psicología fisiológica*. México: Pearson Prentice Hall.
- Carrasco, M. y del Barrio, M. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332. Recuperado de: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8022/7886>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Prentice Hall
- Consuegra, N. (2011). *Diccionario de psicología*. Recuperado de: [https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario\\_psicologia.pdf](https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario_psicologia.pdf)
- Chavarría, M. y Barra, E. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Terapia psicológica*, 32(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100004>
- García, J. (2005). Efectos del divorcio en los hijos. *Psicothema*. Recuperado de: [http://www.psicoterapeutas.com/consulta\\_psicologia\\_madrid.html](http://www.psicoterapeutas.com/consulta_psicologia_madrid.html)
- García-Fernández, J., Inglés, C. y Lagos, N. (2014). Ansiedad escolar según género y edad en una muestra de adolescentes chilenos. *Intersecciones educativas*, 5, pp. 9-20. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/48556>
- García, M. y Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77. DOI:10.11600/1692715x.1113300812

Gil, A., González, D. y Perdomo, I. (2010). Consumo de alcohol en adolescentes de una institución educativa oficial, Calarcá (2010). Cuaderno de investigaciones Semilleros Andina. 4(4). 4-72.

<http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/vbn/article/view/499/532>

Gisbert, J. (2012). Las drogas y sus problemas actuales. Drogas, estupefacientes y alucinógenos. Recuperado de:

<http://hdl.handle.net/10347/4273>

Gómez, D. (2014). Predictores de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos en la adolescencia (tesis doctoral). Universidad de Huelva, España.

González-Arratia, N., Valdez, J., Oudhof, H. y González, S. (noviembre 2009 - febrero 2010). Resiliencia y salud en niños y adolescentes, 16(3), 247-253.

Recuperado de:

<http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/1335/1019>

González-Arratia, N. y Valdez, J. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. ScienceDirect, 3(1), 941-955.

doi:10.1016/S2007-4719(13)70944-X

González Arratia, N., Valdez, J. y Zavala, C. (enero- junio, 2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. Enseñanza e investigación e psicología, 13(1).

41-52. Recuperado de:

[http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP\\_13\\_1/Gonzalez\\_Arratia\\_Lopez\\_Fuentes.pdf](http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_13_1/Gonzalez_Arratia_Lopez_Fuentes.pdf)

González, M. y Triana, B. (2013). Divorcio, monoparentalidad y nuevos emparejamientos. En M. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), Familia y desarrollo humano (pp. 373-397). Madrid, España: Alianza editorial.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Perú: McGrawHill.
- Hernández, J., Lozano, J. y Santacreu, J. (2011). La evaluación de la persistencia basad en una tarea de aprendizaje adquisición-extinción. *Escritos de psicología*, 4(1). Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S198938092011000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S198938092011000100004&script=sci_arttext)
- Inglés, C. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33717060010>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC. (2014). En nueve años los divorcios se incrementaron en un 87,73%. Recuperado de:  
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-nueve-anos-los-divorcios-se-incrementaron-en-un-8773/>
- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2008). Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital. México: Cengage Learning.
- Landero, R. y Villarreal, M. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y salud*, 17(1), 17-23. Recuperado de:  
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/731/1289>
- López, M. (2014). Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones. *Healt and addictions*, 14(2), 99-108. Recuperado de:  
<http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/216/227>
- Martín, E. (2001). Apoyo social percibido en niños y adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 107-120.

Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen11/num1/285/apoyo-social-percibido-en-nios-y-adolescentes-ES.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Recuperado de: <http://www.scribd.com/doc/154356987/Manual-Mais-2013#scribd>

Moral-Jiménez, M., Ovejero-Bernal, A., Castro, A., Rodríguez-Días, F. y Sirvent-Ruiz, C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias inter-género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 291-311. Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-381.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-381.pdf)

Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en la región chilena de Maule. *Revista Universum*, 2(22), <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>

Muñoz, I. (2015, 13 de mayo). Consumo problemático de drogas. *Scribd*. Recuperado de: <http://www.scribd.com/doc/265212161/consumo-problematico-de-drogas#scribd>

Orcasita, L. y Uribe, A. (julio – diciembre de 2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología: avances de la disciplina*, 4(2), 69-82. Recuperado de: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182/159>

Organización Mundial de la Salud. (1975). Manual sobre dependencia de las drogas. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40467/1/9243540483\\_es.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40467/1/9243540483_es.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2006). Constitución de la OMS. Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud - OMS. (Octubre de 2012). La depresión (369). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2015). 10 datos sobre la salud mental. Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/)

Ortiz, J. (2015, 13 de enero). Consecuencias del consumo de drogas opiáceas y opioides. Instituto de neurociencias. Recuperado de: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/15007-trastornos-inducidos-drogas-opiaceas-opioides>

Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. Revista colombiana de psicología, (13), 13-28. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1204/1755>

Pichot, P. (Ed.). (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 14(2), 155-170. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen14/num2/381/calidad-de-vida-fortalezas-personales-ES.pdf>

Reina, M., Oliva, A. y Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. Psychology, Society, & Education, 2(1), 55-69. Recuperado de: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2913/1/Reina%20et%20Al.pdf>

Reyes-Ticas, A. (sf). Trastornos de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Ruiz-Risueño, J., Ruiz-Juan, F. y Zamarripa, J. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev. Panam. Salud Pública*, 31(3), 211-220. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/05.pdf>

Sainero, A., Del valle, J y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología* 31(2), 472-480. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>

Samper, E. y Robles, J. (octubre – diciembre 2014). *Análisis factorial exploratorio de una prueba de personalidad en la Unidad Militar de Emergencias. Sanidad Militar*, 70(4). <http://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712014000400003>

Santana, R. (2014). *El rasgo de personalidad impulsivo y la conducta hostil al conducir en los estudiantes del sindicato de choferes profesionales de Izamba de la ciudad de Ambato* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7490/1/Rodrigo%20Ricardo%20Santana%20Casta%C3%B1eda.pdf>

Sue, D., Sue, D. W. y Sue, S. (2012). *Psicopatología, comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage Learning.

Unicef. (2002). *Adolescencia, una etapa fundamental*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/ecuador/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf)

Universidad Técnica Particular de Loja. (2015). Misión y visión de la UTPL.

Recuperado de: <http://www.utpl.edu.ec/utpl/informacion-general/mision-y-vision>

Villatoro, J., Mendoza, M., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M.,...

Medina-Mora, M. (2012, sep./oct.). Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. Salud mental.

Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500009)

Zepeda, F. (2008). Introducción a la psicología. México: Pearson Prentice Hall.

## **ANEXOS**

## ANEXO "A"

### CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**CRONOGRAMA DE PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN: "Análisis De Las Variables Psicosociales Asociadas A La Salud Mental En Los Estudiantes De Bachillerato Del Ecuador 2015"**

Nº	Actividad	Fecha
1.	Matrículas Programa Nacional de Investigación	Del 30 de marzo al 8 de abril de 2015
2.	Jornada de capacitación presencial	Del 11 de abril del 2015
3.	Lectura comprensiva de los procesos proporcionados en la guía didáctica del seminario de fin de titulación, y la evaluación a distancia.	Del 13 al 18 de abril de 2015
4.	Revisión del Fundamento Teórico. (Desarrollo del marco teórico)	Del 19 de abril al 24 de mayo 2015
5.	Publicación del listado y nombre del Director de Tesis mediante el EVA	22 de mayo 2015
6.	Envío del marco teórico al Director de Tesis (Correo electrónico)	25 mayo de 2015
7.	Revisión del marco teórico por parte del Director de Tesis.	Del 25 de mayo al 4 de junio 2015
8.	Devolución de observaciones del marco teórico por parte del Director de Tesis	5 de junio de 2015
9.	Acercamiento y aprobación de la participación en el proyecto por parte de los Rectores de los establecimientos educativos.	Del 19 al 24 de mayo del 2015
10.	Lectura y comprensión del manual de aplicación del proyecto.	Del 25 al 31 de mayo de 2015
11.	Aplicación de la batería de instrumentos psicológicos - investigación de campo	Del 1 al 19 de junio 2015
12.	Correcciones del marco teórico por parte de los egresados	Del 20 al 28 de junio del 2015
13.	Asesoría presencial sobre el ingreso de los datos a la matriz.	27 de junio del 2015
14.	Ingreso de los datos (matriz emitida por el grupo de investigación del Departamento de Psicología UTPL)	Del 29 de junio al 12 de Julio de 2015
15.	Enviar la matriz con los datos, mediante correo electrónico al Director de Tesis.	13 de julio de 2015
16.	Enviar mediante el Centro Universitario los anillados con la siguiente información: a. La Consentimiento del Directo o Rector, de las instituciones educativas investigadas con el respectivo visto bueno. b. Lista de estudiantes investigados c. Consentimientos informados, firmados por los padres de familia y estudiantes. d. Asentimiento informado, firmado por los estudiantes investigados. e. Instrumentos aplicados. <b>No olvide quedarse con una copia de los instrumentos aplicados, esto le servirá como evidencia de su investigación.</b>	13 de julio de 2015



17.	Elaboración del apartado de metodología por parte de los egresados.	Del 14 al 23 de julio de 2015
18.	Envío del apartado metodológico al Director de Tesis (mediante el correo electrónico)	El 24 de julio de 2015
19.	Revisión y devolución de observaciones de la metodología por parte del Director de Tesis.	Del 27 de julio al 7 de agosto 2015
20.	Correcciones de la metodología por parte del egresado.	Del 8 al 16 de agosto de 2015
21.	Elaboración de los apartados: análisis, interpretación, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones por parte de los egresados.	Del 17 al 30 de agosto de 2015
22.	Envío del apartado de análisis, interpretación, discusión, conclusiones y recomendaciones al director de tesis. (mediante correo electrónico al Director de Tesis)	31 de agosto de 2015
23.	Revisión y devolución de observaciones de los resultados (análisis y discusión) por parte del Director de Tesis.	Del 1 al 11 de septiembre de 2015
24.	Corrección de análisis, interpretación de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones por el egresado.	Del 12 al 18 de septiembre de 2015
25.	Segunda asesoría presencial en los centros Quito, Guayaquil, Cuenca y Loja	El 19 y 20 de septiembre de 2015
26.	Corrección final por parte de los egresados de las sugerencias emitidas en la asesoría presencial.	Del 21 de septiembre al 1 de octubre de 2015
27.	Envío del borrador final de trabajo de fin de titulación por parte del egresado.	2 de octubre de 2015
28.	Revisión y aprobación del trabajo de fin de titulación y emisión de informe por parte del Director de Tesis.	Del 5 al 19 de octubre de 2015
29.	Envío de los anillados del trabajo de fin de titulación al Centro Loja desde los centros universitarios del país. (impreso)	El 20 al 23 de octubre de 2015
30.	Revisión de los informes de fin de titulación y emisión de <b>nota</b> por parte del tribunal.	Del 26 de octubre al 6 de noviembre de 2015
31.	Envío de los anillados a los egresados por parte del equipo planificador	El 8 y 9 de noviembre de 2015
32.	Procesos administrativos en la secretaría del área de investigación y biblioteca.	Del 10 al 24 de noviembre de 2015
33.	Sustentación y defensa del trabajo de fin de titulación (Sede UTPL- Loja)	25 y 26 de noviembre 2015
34.	Incorporación de graduados (Sede UTPL- Loja)	27 de noviembre de 2015

Mgs. Livia Isabel Andrade Quizhpe  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA NACIONAL  
 DE INVESTIGACIÓN**

San Cayetano Alto s/n  
 Loja-Ecuador  
 Telf: (593-7) 2570275  
 Fax: (593-7) 2584893  
 Apartado Postal: 11-01-608  
 info@utpl.edu.ec  
 www.utpl.edu.ec

## ANEXO "B"

### CARTA A RECTORES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
TITULACIÓN Y DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Oficio 43-TPS-UTPL  
Loja, 28 de mayo de 2015

Señor/ra \_\_\_\_\_

RECTOR \_\_\_\_\_

Estimado/a Sr./a. Rector/a:

Reciba un cordial saludo desde la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) a través del Departamento y la Titulación de Psicología, el presente tiene como finalidad presentar a usted el trabajo de investigación denominado "Análisis de las Variables Psicosociales (Variables sociodemográficas, Personalidad, Estrés, Apoyo social, Afrontamiento, Consumo problemático de sustancias, Satisfacción vital), asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015", en el cual se vinculan estudiantes y egresados de la Titulación de Licenciados en Psicología, como investigadores de campo y tesistas.

La importancia de esta temática radica en que la salud mental y el consumo problemático de sustancias constituyen un problema social y su abordaje una prioridad nacional recogida en el Plan Nacional del Buen Vivir, y en el Plan Nacional de drogas (2012). En base a lo indicado las instituciones educativas se beneficiarán de este tipo de proyectos para emprender con estrategias de prevención e intervención a este tipo de problemas, lo cual permitirá dar una respuesta a las necesidades sociales, afectivo emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales, respondiendo así a los que menciona la constitución (Asamblea Constituyente, 2008) en su artículo 44 donde menciona: "Las niñas/os y adolescentes tienen el derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad".

Es importante indicar, que es una evaluación totalmente anónima, es decir, no incluirá nombres, ni datos identificativos del estudiante o de la institución educativa en los informes de investigación, de esta forma se garantiza la privacidad y confidencialidad de la información. Así también indicamos que con la información recolectada y respetando lo antes indicado el estudiante o egresado Sr./a. \_\_\_\_\_, realizará su tesis de Licenciado en Psicología, requisito previo a la obtención del título, así como también la información será enviada al equipo investigador con fines investigativos y de publicación.

El estudiante con la supervisión de un Director de Tesis (Docente de la UTPL) se compromete en entregar un informe de tipo descriptivo de los resultados obtenidos después de tres meses de haber aplicado los instrumentos.

Por lo expuesto invitamos a que su institución participe como parte de la muestra del presente estudio a través de los estudiantes de primero y segundo de bachillerato.

Seguro(a) de contar con la favorable atención al presente, sin otro particular, me suscribo de usted, expresando mis sinceros agradecimientos

Atentamente,

  
Mgtr. Marina del Rocío Ramírez  
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO  
DE PSICOLOGÍA

  
Mgs. Jhon Espinoza Iniguez  
COORDINADOR DE LA TITULACIÓN  
DE PSICOLOGÍA

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL  
Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, [liandrade@utpl.edu.ec](mailto:liandrade@utpl.edu.ec), Telf.: 371444, Ext. 2631.  
Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallegos  
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iniguez  
Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guevara S, E. Sánchez C., Ramirez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

## ANEXO "C"

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**Título: Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

**Investigadores:** Grupo de investigación departamento de Psicología

**Contactarse:** Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, en calidad de Rector del colegio \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_

autorizo la aplicación la batería de los instrumentos psicológicos a los estudiantes del primero y segundo de bachillerato, como parte del proyecto: "Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015", desarrollado por la Universidad Técnica Particular de Loja.

Así mismo, autorizo que se utilice esta información con fines, académicos, de investigación y publicaciones, guardando la confidencialidad de la institución educativa y los datos personales de los estudiantes.

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

F.-----

Fecha: \_\_\_\_\_

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL  
Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.  
Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallegos  
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iffiguez  
Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E., Guevara S., E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

## ANEXO "D"

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título:** Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015

**Investigadores:** Grupo de investigación departamento de Psicología

**Contactarse:** Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: [liandrade@utpl.edu.ec](mailto:liandrade@utpl.edu.ec), Telf.: 371444, Ext. 2631

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Introducción:**

Su hijo/a ha sido invitado a participar en el presente estudio investigativo denominado: Análisis de variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato. Para que decida la participación de su hijo lea detenidamente este documento. Si tiene alguna inquietud sobre el tema o proceso de investigación, usted puede contactarse con la persona encargada del proyecto, para aclarar cualquier inquietud.

**Propósito del estudio:**

El presente proyecto identificará los factores psicosociales asociadas a la salud mental, personalidad, apoyo social, estilos de afrontamiento, con el propósito de conocer indicadores de bienestar en el estudiante, así como el consumo de sustancia a nivel de Ecuador.

**Participantes del estudio:**

Para este proyecto se tendrá en cuenta que los estudiantes pertenezcan a establecimientos educativos mixtos, que tenga una edad comprendida entre 14 a 17 años, que pertenezcan a primero o segundo de bachillerato de las instituciones educativas del Ecuador.

**Procedimiento:**

Para la recolección de la información relacionada con este estudio, se solicitará a los estudiantes participar voluntariamente contestando una batería de instrumentos psicológicos con una duración de 25 a- 30 minutos aproximadamente.

**Riesgos e incomodidades:**

No se han descrito. El alumno puede abandonar la tarea libremente cuando lo desee.

**Beneficio:**

La participación es libre y voluntaria, no retribuida económicamente o de ningún otro modo. Los resultados beneficiarán al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada, pues se entregará un informe descriptivo por establecimiento educativo.

**Privacidad y confidencialidad:**

Se trata de un cuestionario **TOTALMENTE ANÓNIMO** que no incluirá nombres ni datos identificativos del alumno.

**Aceptación de la participación:**

Nombre del padre/madre/representante legal del estudiante participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL  
Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, [liandrade@utpl.edu.ec](mailto:liandrade@utpl.edu.ec), Telf.: 371444, Ext. 2631.  
Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallegos  
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez  
Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E., Guevara S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

## ANEXO "E"

### ASENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIANTES



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**Título: Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los  
estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015**

**ASENTIMIENTO INFORMADO**

**Investigadores:** Grupo de investigación departamento de Psicología

**Contactarse:** Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371 444, Ext. 2631

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

Estimado Estudiante, te invitamos a participar en el presente estudio investigativo denominado: Análisis de variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato. Para que decidas participar lee detenidamente este documento.

El Propósito es identificar los factores psicosociales asociadas a la salud mental, personalidad, apoyo social, estilos de afrontamiento, para conocer indicadores de bienestar de los estudiantes que pertenecen a establecimientos educativos mixtos, que tenga una edad comprendida entre 14 a 17 años, que pertenezcan a primero o segundo de bachillerato de las instituciones educativas del Ecuador.

No se han descrito ningún riesgo ni incomodidades en esta investigación. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá, mamá o representante hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema. Sin embargo, tu respuesta será importante y tardaras en contestar entre 25 a- 30 minutos aproximadamente.

Toda la información que nos proporciones ayudará al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada.

Esta información será **confidencial**. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadro de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

**Nombre del participante:**

**Nombre y firma del investigador:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL  
**Director del Proyecto:** Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371 444, Ext. 2631.  
**Directora del Departamento de Psicología:** Ph.D. Silvia Vaca Gallegos  
**Coordinador de la Titulación de Psicología:** Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez  
**Equipo investigador:** Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guevara S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

# ANEXO "F"

## CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA PARA ADOLESCENTES

Código: **08513010**

Nombre de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_  
Lea detenidamente los enunciados, y marque con una X en el cuadro la respuesta que mejor describa su realidad.

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	2. Edad:		
3. Peso:	..... (libras)		4. Altura:	..... (cm)	
5. Nivel de estudios:	<input type="checkbox"/> 1º de bachillerato	<input type="checkbox"/> 2º de bachillerato	<input type="checkbox"/> 3º de bachillerato		
6. Tipo de establecimiento:	<input type="checkbox"/> Fical	<input type="checkbox"/> Fiscomisional	<input type="checkbox"/> Particular		
7. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado / Divorciado	Otro _____	
8. Ocupación principal:	Estudiante a tiempo completo				
9. Zona donde vive:	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Rural	Si su respuesta es estudio y trabaja ¿Cuántos años viene trabajando? _____		
10. ¿Quiénes viven con usted?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Tíos	<input type="checkbox"/> Abuelos
11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?:					
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No			
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?:					
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?:					
15. En la relación con su actividad física la mayor parte de los días, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?:	<input type="checkbox"/> Es inferior a 30 minutos al día	<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de <b>intensidad moderada</b> (ej. caminar a paso rápido, bailar, tareas domésticas...)	<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de <b>intensidad alta</b> (ej. salir a correr, salir a la montaña, bicicleta, aerobic, natación, practicar deportes competitivos...)		
16. En la relación a la mayor parte de los días ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No, pero considero mi dieta, en general, saludable.	<input type="checkbox"/> No, y considero que mi dieta, en general, no es saludable.		
17. ¿Le han recetado algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No			
18. ¿Cuántos días se ha ausentado de clases en el último año por motivos de salud?:					
19. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?:	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Artritis o artrosis	<input type="checkbox"/> Tumores
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Otros problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable	<input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria (asma o bronquitis)
	<input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de atención o memoria	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Problemas de sueño (insomnio)	<input type="checkbox"/> Obesidad
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?:	<input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Normal (ni buena, ni mala)	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Muy Buena

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado con eficacia los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de inventar su tiempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quiero.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
4. Mis recuerdos dolorosos no impiden llevar una vida plena.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
5. Mis emociones interfiere en como me gustaría que fuera mi vida.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad

1. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cócteles etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 2 a 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4 ó más veces a la semana
2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe?	<input type="checkbox"/> 1 ó 2	<input type="checkbox"/> 3 ó 4	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> 5 ó 6	<input type="checkbox"/> 7, 8 ó 9
3. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
4. En el último año ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
5. En el último año ¿Con qué frecuencia ha hecho lo que se esperaba de usted porque había bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
6. En el último año ¿Con qué frecuencia ha aguantado el día, después de emborracharse el día anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
8. En el último año ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, pero no en el último año.	<input type="checkbox"/> Si, pero no en el curso del último año.	<input type="checkbox"/> Si, en el último año.
10. ¿A algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, pero no en el curso del último año.	<input type="checkbox"/> Si, pero no en el curso del último año.	<input type="checkbox"/> Si, en el último año.

**De los siguientes enunciados señale la opción que le describe mejor:**

1. Tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas.	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bastante bien	<input type="checkbox"/> En parte	<input type="checkbox"/> Nada
2. Normalmente me siento presionado por el tiempo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
3. Soy muy exigente y competitivo.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
4. Soy autoritario y dominante.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
5. Como muy rápido.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
6. ¿A menudo se siente muy presionado por el tiempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
7. ¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral / escolar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
8. ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Se siente molesto al esperar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

