



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 en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional N.N. de la Zona 7, Distrito 19 y Circuito 19D04 del Ecuador 2015

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Jima Bravo, María Celina

DIRECTORA: Medina Aguilar, Karla Stefanie, Lic.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

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 DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Licenciada

Karla Stefanie Medina Aguilar,

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015, realizado por Jima Bravo María Celina, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre de 2015

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Jima Bravo María Celina, declaro ser autora del presente trabajo de titulación, de la Titulación de Licenciada en Psicología, siendo, Lic. Medina Aguilar Karla Stefanie, 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.....

Autora Jima Bravo María Celina

Cédula: 0704183888

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi familia, hermanas, estudiantes y toda persona que tenga un sueño y se esfuerce por alcanzarlo

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por regalarme la vida y por brindarme la oportunidad de tener a mi lado personas que me han enseñado y motivado a seguir adelante con su ejemplo.

Quiero de igual manera agradecer a quienes directa e indirectamente me han apoyado para que logre culminar este objetivo y sobre todo para que sea capaz de entregar aquello que he recibido.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	3
1.1. Definición de salud mental	4
1.2. Factores asociados a la salud mental.	5
1.2.1. Personalidad	6
1.2.2. Estrés	9
1.2.3. Apoyo social.	11
1.2.4. Inflexibilidad psicológica	12
1.2.5. Compromiso vital	13
1.2.6. Resiliencia.	15
1.2.7. Ansiedad y Depresión.	16
1.2.8. Satisfacción vital	20
1.3. <i>Consumo de drogas</i>	21
1.3.1. <i>Consumo problemático de drogas</i>	21
1.3.2. Consumo problemático de alcohol	23
1.3.3. <i>Causas del consumo de drogas</i>	24
1.3.4. Consecuencias del consumo de drogas	27

1.4. Adolescente.....	29
1.4.1. Desarrollo biológico.....	30
1.4.2. Desarrollo social.....	32
1.4.3. Desarrollo psicológico.....	34
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	37
2.1. Objetivos.....	38
2.1.1. General.....	38
2.1.2. Específicos.....	38
2.1.3. Preguntas de investigación.....	38
2.2. Diseño de Investigación.....	38
2.3. Contexto.....	39
2.4. Población.....	40
2.5. Métodos Técnicas e instrumentos de investigación.....	41
2.5.1. Métodos.....	41
2.5.1.1. Método descriptivo.....	41
2.5.1.2. Método estadístico.....	41
2.5.1.3. Método transversal.....	41
2.5.2. Técnicas.....	42
2.5.2. 1. Instrumentos.....	42
2.5.3. Procedimiento.....	43
2.5.4. Recursos.....	44
Talento Humano.....	44
Recursos Materiales.....	44
Recursos Económicos.....	45
Recursos Institucionales.....	45

CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS: ANÁLISIS DE DATOS	46
3.1. Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos	47
Datos psicosociales.	47
3.1.1. Análisis de resultados generales.....	49
3.1.2. Análisis de resultados respecto al género femenino.	54
3.1.3. Análisis de resultados respecto al género masculino.	58
3.2. Discusión de los resultados obtenidos	63
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES	67
Bibliografía	68
ANEXOS.....	77
Anexo 1: Carta de presentación para los Rectores/as	78
Anexo 2: Consentimiento informado a los Rectores/as.....	79
Anexo 3: Consentimiento informado a los Padres de familia	80
Anexo 4: Asentimiento informado estudiantes	81
Anexo 5: Instrumento aplicado.....	82

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa “NN”, perteneciente a la Zona 7, Distrito 19 y Circuito 19D04.

Para tal efecto se utilizaron escalas breves y psicométricamente adecuadas para obtener indicadores cuantitativos de las principales variables asociadas a la salud y consumo de sustancias en esta población, cuyos resultados identificaron como variables de mayor riesgo: personalidad y apoyo social, en ambos sexos y globalmente; sin embargo, en lo concerniente al consumo de sustancias se logró diferenciar el porcentaje de riesgo, siendo éste de mayor incidencia en las mujeres. El precisar las variables predictoras de riesgo y protección en los estudiantes, permitió la elaboración de un informe que facilitará la comprensión de las variables y factores que inciden en el comportamiento de los estudiantes del establecimiento, a fin de definir posteriormente estrategias de control y prevención, para un mejor desarrollo tanto personal, académico como social.

PALABRAS CLAVES: Salud mental, adolescentes, variables psicosociales, abuso de sustancias.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the distribution of psychosocial variables associated with substance use and mental health of high school students of School "NN", belonging to Zone 7, District 19, and Circuit 19D04.

To this end suitable for quantitative indicators of the main variables associated with health and substance use in this population brief and psychometrically scales, the results identified as major risk variables were used: personality and social support, in both sexes and globally; however, with regard to substance it was possible to differentiate the percentage of risk, this being the highest incidence in women. The precise predictors of risk and protection among students, allowed the preparation of a report that will facilitate the understanding of the variables and factors that influence the behavior of students in the establishment, in order to further define strategies for control and prevention, both for better personal, academic and social development.

KEYWORDS: Mental health, adolescents, psychosocial variables, substance abuse.

INTRODUCCIÓN

Una realidad inherente al hombre es la visión de estar sano de manera holística, sin embargo a medida que la humanidad progresa en el campo de la salud, sea con la investigación, descubrimientos o el desarrollo de tratamientos, también surgen nuevas enfermedades, trastornos y síndromes, es por ello que la Universidad Técnica de Loja, como un ente de investigación que está a la vanguardia propone el tema: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional N.N. de la Zona 7, Distrito 19 y Circuito 19D04 del Ecuador 2015”.

Con el propósito de impulsar el tema de estudio, el primer capítulo aborda bibliografía concerniente a los instrumentos aplicados relativos a factores sociodemográficos y psicosociales como: el estrés, ansiedad, depresión, inflexibilidad psicológica, carencia de apoyo social – emocional, falencia en el desarrollo de la resiliencia e insatisfacción vital. De esta manera se busca profundizar el contexto que actualmente viven los adolescentes en el país y la etiología que hace de ellos los principales focos de vulnerabilidad para el consumo sustancias ilícitas, así como la afectación de las variables psicosociales, ya sea por la edad, nivel de estudio o por su género.

Entonces es importante considerar el contexto de la investigación, ya que países vecinos como: Colombia, Chile, Argentina, México, entre otros, cuentan con estudios sobre esta problemática, reflejando sus resultados y acciones tomadas, la preocupación de instaurar una cultura de prevención sobre todo en adolescentes. En nuestro país si bien es cierto existen políticas de estado y leyes para regular ciertos aspectos en relación a sustancias estupefacientes, no se ha profundizado en el análisis de los factores de riesgo, las principales causas y efectos de los problemas de salud mental en adolescentes a fin de proponer tratamientos que incluyan asesoramiento, terapia cognitiva conductual y, cuando convenga, medicación psicotrópica. Actualmente estos factores son objeto de estudio desde el enfoque y ámbito de la salud, por lo tanto su accionar puede considerarse como una medida paliativa, sin soluciones efectivas.

A continuación, el segundo capítulo contiene la descripción y características que se consideró al momento de seleccionar para el estudio a la Institución educativa, los estudiantes y los instrumentos aplicados en la investigación, lo cual direcciona los resultados con la finalidad de obtener los objetivos planteados, es decir la información recolectada permite identificar qué factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes son los de mayor o menor riesgo e inciden directamente en la salud, valiéndose de los métodos descriptivos, estadístico y transversal, siendo los recursos materiales y técnicos empleados, en su mayoría de autoría de la UTPL.

Posteriormente los resultados obtenidos se recogen en el tercer capítulo presentando el resultado del análisis de los datos sociodemográficas y psicosociales, por año de bachillerato y por género, convirtiendo a la actual investigación en un punto de partida por sus características exploratorias.

Los resultados permitieron concluir que los estudiantes cuentan con factores protectores de su salud, como son: la satisfacción vital y la resiliencia, que les ayudará a sobrellevar los problemas que se les presenten en su diario vivir. Pero entre las variables de mayor riesgo se encuentran: personalidad y apoyo social, es decir su timidez, inseguridad e insatisfacción académica como factores de afectación a la salud e incluso puede ser el motivo por el cual la variables apoyo social-emocional les afecta, puesto que el sentirse solos, podría incidir en que las mujeres presenten un mayor porcentaje de riesgo en el consumo de alcohol con un 19% en relación a los hombres con un 8%.

Las conductas desadaptativas de los adolescentes a lo largo del tiempo se han ido incrementando del tal manera que se ha convertido en una situación preocupante dentro de la sociedad en la que vivimos, de ahí que estos resultados de variables de riesgo ameritaron la emisión de un informe a la Institución Educativa participante con la finalidad de precautelar la salud de la muestra adolescente encuestada, como producto de la presente investigación, el cual constituye un pequeño pero valioso aporte que le permitirá a la Unidad Educativa Fisco misional N.N. de la Zona 7, Distrito 19 y Circuito 19D04, determinar medidas de prevención para evitar efectos negativos como: deserción escolar, embarazos prematuros, problemas con la ley o inclusive suicidios; que inciden el desarrollo personal, académico y social del adolescente y de la sociedad.

CAPÍTULO 1.
MARCO TEÓRICO

1.1. Definición de salud mental.

Antes de iniciar las concepciones globales de lo que es Salud mental, es esencial reconocer a la mente, como parte real del ser humano, en efecto el Diccionario de la Real academia de la Lengua (2012) la define: “Conjunto de actividades y procesos psíquicos conscientes e inconscientes, especialmente de carácter cognitivo” (párr. 1).

Del mismo modo Frontera (2009), puntualiza la mente como una parte del hombre un tanto frágil, flexible y aparentemente intangible, aunque en realidad si cuenta con un fundamento químico – biológico que radica en el sistema nervioso central y periférico, por lo mismo se encuentra estrechamente relacionado no solamente con la manera de percibir o responder a los estímulos, sino también a las interpretaciones frente a las emociones y sentimientos dándole su respectivo significado lo cual permite mantener las relaciones saludables o dañinas consigo mismo y con los demás.

De ahí se aprecia que la mente va más allá de lo meramente cognitivo, porque vincula la manera de sentir y pensar con el actuar de la persona, convirtiéndose en el principio de la buena salud.

Por lo tanto la salud mental, reconocida como insustituible, se encuentra estigmatizada por desconocimiento de todo su significado, ésta, quizás sea una de las razones de no considerarla, hasta que afecta profundamente la vida de la persona enferma y su medio, para entenderlo de mejor manera y a pesar de no existir una definición oficial, se considera la emitida por la Organización Mundial de la Salud en 2004, indicando que la persona “se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (p.14)

Esta dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS (1946): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y en el 2013, la misma O.M.S., presenta la descripción actualizada de la salud mental reafirmando que es:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (párr. 1)

Por su parte Warr (1994), la esboza desde tres puntos:

1. Como estado porque depende de los estados de ánimo y de los afectos sean éstos positivos o negativos;
2. Proceso ya que está relacionado con la conducta de afrontamiento; y
3. Resultado del proceso que es el estado de permanencia continuo. (citado en Virues, 2015)

A causa de estos aportes se incrementa la perspectiva sobre cuáles son las causas que provocan el estado continuo que refleja el individuo como resultado, o en otras palabras qué factores son los que intervienen en el proceso para mejorar, mantener o quebrantar la salud mental. Al mismo tiempo la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Agifes), describe la salud mental como un “Estado de equilibrio emocional, cognitivo y conductual que permite al individuo desenvolverse de manera responsable en su entorno familiar, social y laboral, así como gozar de bienestar y calidad de vida” (Agifes, 2015, párr.2).

Dado que esta última concepción parece ser un poco más extensa en significado y a la vez precisa, debido a que conforme avanza la humanidad, los requerimientos para vivir en ella van en aumento, las patologías se han ido identificando y controlando pero también han aparecido nuevas enfermedades, no solo en el ámbito físico- biológico, sino y sobre todo a nivel psicológico, antes nadie concebía que un niño o un neonato puede padecer de enfermedades como el estrés, ahora es algo un tanto frecuente, lo cual hace necesario la identificación y prevención de estas patologías, y obviamente esto requiere investigación y experimentación para un desarrollo integral del ser humano.

1.2. Factores asociados a la salud mental.

Actualmente es indiscutible que los factores asociados con la salud mental se los pueden plantear desde distintas perspectivas, que inciden notablemente en el bienestar del individuo como los “múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos”. (Organización Mundial de la Salud, 2014, párr. 5)

De hecho los factores que nos propone la O.M.S., implican a su vez un sinnúmero de elementos más específicos que no se pueden generalizar, ni considerar como definitivos para el desenvolvimiento normal de las personas de manera aislada unos de otros, pero sí, argumentar que algunos se encuentran interrelacionados, provocando más riesgo que otros, como el estudio que:

(...) demostró que la presencia de intento de suicidio se asociaba positivamente a las categorías sexo femenino, ausencia de los padres, funcionamiento familiar en niveles disfuncional y con necesidad de apoyo inmediato, consumo de drogas y consumo de tabaco, autoestima muy baja, desesperanza en niveles leve y moderada, depresión en niveles leve-moderado; moderado-severa y severa, e ideación suicida severa tanto reciente como antigua, y leve cuando ésta era antigua. (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, & Melipillán, 2015, párr. 5)

En consecuencia en dicho estudio se observa que son elementos tanto internos como externos y sustanciales que convergen para llegar a afectar seriamente la salud, y vuelven a ser reafirmados algunos: “patologías psiquiátricas como desórdenes depresivos, abuso de sustancias y desórdenes conductuales; factores psicológicos como impulsividad, desesperanza y baja autoestima; factores ambientales incluyendo contexto familiar, características del entorno escolar y eventos vitales adversos como maltrato” (Valdivia, et al., 2015, párr. 16).

Por esta razón es vital considerar muchos factores al momento de diagnosticar e intervenir sobre todo en pacientes con problemas o dificultades de salud mental, por eso entre los factores que se estudiarán en el presente trabajo están: la personalidad, estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad, depresión y satisfacción vital que seguidamente se profundizarán.

1.2.1. Personalidad.

Acerca de los factores relacionados con la salud mental, la personalidad es uno de ellos, sin embargo es relativamente difícil de definirla considerando que varía según aspectos tales como: origen etimológico, rasgos, tipos, teorías, entre otros. Es por eso, que etimológicamente “el término personalidad proviene del latín -de origen etrusco- persona, que significa máscara de actor y, posteriormente, individuo de la raza humana” (Rives, 2005, p.43).

De donde se infiere que es la manera de interpretar la vida, dado que es la forma en que la persona se presenta hacia los demás y a la vez su capacidad de adaptación según las circunstancias que se le presenten. En cambio Consuegra (2010), en su diccionario de psicología presenta una extensa y muy acertada recopilación de definiciones sobre la personalidad entre las que manifiesta:

Patrón global de rasgos comportamentales, temperamentales, emocionales, mentales y de carácter, que dan lugar a la manera única y relativamente consistente de una persona de sentir, pensar y comportarse. (...) El concepto de personalidad es complejo y constituye el resultado de una serie de factores de orden genético, ambiental, social, relacionados con el aprendizaje y la identificación con las primeras figuras significativas del niño. (...) La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson traza el desarrollo de la personalidad a lo largo del ciclo vital. Hace énfasis en las influencias culturales y sociales sobre el yo en cada uno de los ocho períodos o etapas. (p. 214-215)

Como se aprecia las definiciones de personalidad son muy amplias, considerando varios factores y a la personalidad como una suma de todo, así mismo hay que plantearse los componentes de la personalidad desde otros campos científicos como la genética y su influencia. Por ello Cuartas & López (2013), han citado diferentes estudios para los genes OXT y OXTR, por su evidente relación con rasgos de la personalidad como la prosocialidad, expresión emocional, diferencias individuales y algunas patologías como: esquizofrenia y psicopatía, además se ha logrado identificar un genoma completo influyente en la “dependencia al alcohol en comorbilidad con síndrome depresivo” (párr.7)

Resulta evidente la intervención de los genes en la formación de la personalidad que la predispone pero no la determina, porque el ser humano tiene la facultad para reinventarse, hay que recordar que todo el género humano posee básicamente la misma configuración genética, obviamente hay particularidades pero eso no limita la capacidad para una plena realización. Además el concepto de personalidad ha ido evolucionando debido a los estudios y nuevas teorías que cada vez proporcionan más información acerca de la persona en sus múltiples aspectos por ejemplo Bruno (1997), la define como:

Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo (cita Pons, 2015, párr. 25).

Dicho brevemente entre los aspectos que se mantienen y se puede enfatizar en la personalidad está, el modo de manifestarse y ser diferenciado de los demás con patrones duraderos. No obstante, Pons aporta con otro elemento de la personalidad como son los patrones característicos o rasgos que dependiendo de la teoría que los estudia, adoptarían una denominación u otra.

Indiscutiblemente el motivo de dificultad para definir la personalidad desde un solo enfoque, como citan Simkin, Etchezahar, & Ungaretti (2012), es por la: “multiplicidad de enfoques ha dificultado la posibilidad de establecer un consenso relativo a su definición” (p. 174). Por tal razón la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la define a partir de los trastornos que afectan la personalidad, pues éstas persisten durante toda la vida, incluso existen ciertos rasgos extremos en la persona afectada que no le permiten adaptarse con normalidad dentro de la sociedad, concluyendo en problemas de índole laboral por las variantes que intervienen en cada uno de los trastornos.

Dentro de esta perspectiva se especificarán las características de los grupos A, B, C y aquellos que no se encuentran enmarcados dentro de un grupo específico, de la tabla 1, por ser significativos para el presente trabajo investigativo.

Tabla 1. Clasificación de los Trastornos de la Personalidad según la Asociación Americana de Psiquiatría

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Otros trastornos de la personalidad
Paranoide Esquizoide Esquizotípica	Antisocial Límite Histriónico Narcisista	Evasiva Dependiente Obsesivo- compulsiva	Cambio de la personalidad debido a otra afección médica: Lábil, desinhibido, agresivo, apático, paranoide, otro tipo, combinado, no especificado. Otro trastorno de la personalidad especificado Trastorno de la personalidad no especificado

Fuente: Adaptación (DSM -5,2014, p. xxix-xl)

Elaborado por: Jima (2015)

Para empezar los trastornos de personalidad propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), señala que los individuos del Grupo A, de manera general se encuentran relacionadas con la esquizofrenia o son previas a ésta, además de presentar competitividad, hostilidad y de manera específica son:

1. La paranoide caracterizada por la “sospecha, sin base suficiente, de que los demás le explota, causan daño o decepcionan al individuo” (p. 360). En este estado la persona difícilmente tendrá la capacidad de trabajar en equipo o de dialogar con los compañeros de labor a causa de su desconfianza y susceptibilidad.
2. Por otro lado la personalidad esquizoide con escasas o nulas muestras de emociones, “Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana” (p. 361).
3. En tanto que en la esquizotípica predomina el malestar por la incapacidad para relacionarse, además de manifestar: “distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico” (DSM-5,2014, p. 362).

Seguidamente se adhieren los trastornos de la personalidad del Grupo B: Antisocial, límite, histriónico y narcisista, que usualmente estarían presentando estas características: los primeros violación constante a los derechos y normas sociales; los segundos inestabilidad y vacío existencial, los terceros teatralidad en el comportamiento y expresiones; y los últimos comportamientos arrogantes y faltos de empatía. Personas con estas peculiaridades difícilmente encajaran en la sociedad que demanda obediencia a las leyes, estabilidad emocional, sinceridad e integridad, en sí, calidad humana como un medio de regular la sana convivencia (DSM-5, 2014).

Además el Grupo C, que parecen estancados en un estado de adolescencia por las personalidades que los conforman: Evasiva, dependiente y obsesiva - compulsiva, no presentan patrones similares entre sí, ni relación con los anteriores grupos, siendo así que: La personalidad evasiva como indica su nombre evita las relaciones por vergüenza y miedo al rechazo; la dependiente se muestra incapaz de decidir por cuenta propia; y, los obsesivos -compulsivos se caracterizan por la inconstancia y rigidez al estar en busca de la perfección. (DSM-5, 2014)

Finalmente están aquellos trastornos que se evidencian en la historia clínica, “que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad” (DSM-5, 2014, p. 370).

1.2.2. Estrés.

Otro causante de malestar que actualmente es común escuchar es el estrés, porque parece ser la enfermedad del siglo XXI que afecta a personas de ambos sexos y de diferentes edades, por ello el término es empleado para sugerir la alteración en la salud ya sea física o emocional, de ahí la definición:

Estado de gran tensión nerviosa, generalmente causado por un exceso de trabajo, que suele provocar diversos trastornos físicos y mentales. Situación en la que un organismo o alguno de sus órganos sufre presiones del medio o exigencias superiores a lo habitual, por lo que puede llegar a enfermar (Diccionario Manual de la Lengua Española Larousse, 2007).

Lo expuesto aquí supone que en algunos momentos se hace ineludible el estrés por los contextos o situaciones que requieren una respuesta pronta, pero superada la situación o factor estresante, éste desaparece. Tal como sucede cuando se está próximo a dar un examen la presión o estrés permite que la persona se encuentre en un estado constante de alerta para estudiar lo cual se convertiría en un estrés positivo.

Sin embargo, al exponerse por períodos muy largos o constantes a factores estresantes puede trastornarse la salud, por eso posteriormente se reformulo su definición como: "Agotamiento, sobre fatiga. Estado de tensión excesiva, como resultado de la reacción del individuo frente a una agresión física o psíquica" (Diccionario Enciclopédico Larousse Editorial, 2009).

Se debe agregar entonces la necesidad de profundizar más en el estrés, para determinar si es un estímulo o una respuesta a las situaciones, pensamientos o sentimientos de frustración, ira o nerviosismo a este proceso natural, con esta finalidad Reyes (2009), propone:

Etimológicamente proviene del participio latino (strictus) del verbo stringere que significa provocar "tensión" (...). En el siglo XIX es cuando comienza a utilizarse el concepto de stress en el campo de la medicina, primero desde la fisiología y después desde la endocrinología, aludiendo inicialmente al "stress fisiológico". (párr. 1-2)

Lo cual indica, que inicialmente se especulaba que sus secuelas eran simplemente a nivel orgánico, pero debido a los avances científicos, se ha comprobado que no solo se ve afectada la parte fisiológica sino también emocional del individuo, en consecuencia se inicia el detrimento de las relaciones interpersonales desde el campo familiar y se extiende en muchos casos a la parte laboral, esto parece confirmar que perturba diferentes aspectos en la vida de la persona y más que una causa es consecuencia.

1.2.3. Apoyo social.

Del mismo modo que la personalidad y el estrés son factores esenciales para el estudio de la salud, lo es el apoyo social, porque a pesar de parecer que se refiere a la economía, en realidad abarca un sinnúmero de recursos tanto humanos como materiales que sirven para llegar a lo que actualmente se llama el Buen Vivir, en miras a tener calidad de vida, atenuando o superando necesidades de diversa índole por parte de la persona afectada en particular o su grupo de convivencia en general, que por cuestiones de salud (psíquica, emocional o biológica), laborales, familiares; no le permiten desenvolverse con normalidad dentro de la sociedad. Más aún, ya en 1990, entienden Pérez & Martín que: “El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas” (párr.7).

Esta concepción es muy valedera, porque a pesar del tiempo transcurrido desde su formulación es la base para posteriores definiciones, puesto que orienta sobre las características básicas de quienes brindan el apoyo psicológico, que es la significatividad para el paciente y los recursos o herramientas empleados para ayudarlo, puesto que a más buena voluntad se requiere también la debida preparación. Igualmente Orcasita & Uribe (2010), proponen la importancia del apoyo social en la vida de los individuos a nivel personal, familiar y social por ser seres sociales, por eso hacen una descripción detallada de lo que es el apoyo social e indican :

(...) el apoyo social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, respondiendo a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso de desarrollo en cada sujeto. El concepto de apoyo social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida. Festinger, propuso que este deseo de buscar compañía de otra persona en situaciones de temor o ansiedad era debido a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante (lo que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparando sentimientos y conductas). (p.70)

Con esta concepción plantean que es preciso sentir el apoyo para mantener la sanidad tanto personal como familiar y por ende social, en este sentido es un elemento subjetivo, porque depende de la percepción del sujeto por ello es ventajoso facilitar información a las personas concientizándoles de su dignidad y capacidad de socializar que es una acción bidireccional, puesto que le ayudan pero a la vez debe ayudarse a sí mismo para que perciba el apoyo

que necesita. Así mismo Chavarría & Barra (2014), añaden los tres tipos de apoyo social que pueden darse y su relevancia en la vida del ser humano:

El apoyo social percibido se refiere a la valoración subjetiva de la calidad del apoyo social existente, ya sea de tipo instrumental (conductas dirigidas a solucionar un problema), informativo (información útil para afrontar un problema) o emocional (muestras de empatía, amor y confianza (Vega y González, 2009). El apoyo social refuerza la autoestima y favorece una percepción más positiva del ambiente, por lo cual tendría efectos positivos en el bienestar y en la salud al aumentar la resistencia al estrés (Barra, 2004). En su revisión de la importancia del apoyo social en la adolescencia, Orcasita y Uribe (2010) concluyen que el apoyo social se constituye como factor de protección en el bienestar del adolescente, ya que brinda apoyo emocional, material e informacional, los cuales generan recursos valiosos para enfrentar las situaciones de riesgo que se pueden presentar en esta etapa del ciclo vital. (p.42)

Por esta razón aparecen apoyos naturales de las relaciones más cercanas, como: familiares, amistades, compañeros y vecinos. Pongase el caso, para que realmente sean consideradas relaciones de apoyo no basta estar con varias personas alrededor, ya que igualmente puede sentirse soledad, lo vital es que sean personas significativas para el individuo demostrándole afecto e incluso cierto grado de empatía.

Precisamente las ayudas naturales hoy en día debido a los múltiples problemas o necesidades se han instituido en redes de ayuda como por ejemplo: Asociaciones o grupos de apoyo a personas con enfermedades terminales, problemas de adicciones. trastornos, entre otros.

1.2.4. Inflexibilidad psicológica.

Si bien es cierto que algunos factores anteriormente descritos, como el estrés o el apoyo social podrían ser circunstanciales, es decir, se presentan en determinados momentos; por el contrario el factor de la flexibilidad psicológica es continua, por el hecho de ser una capacidad que se aprende con la práctica diaria. En consecuencia su contraste es justamente la inflexibilidad definida como: "Cualidad de inflexible. Constancia y firmeza para no conmoverse ni doblegarse" (Diccionario de la Real academia de la Lengua, 2012, párr. 1).

Partiendo entonces de este argumento, la problemática radicaría en la incapacidad para llegar a una homeostasis del comportamiento, puesto que cotidianamente se toma decisiones porque es inevitable discernir y elegir, con el fin de perseverar o ceder según lo solicitado.

Continuando con la temática el Grupo Acceptance and Commitment Therapy (2015), refiere acerca del origen de la inflexibilidad psicológica, volviendo la mirada hacia dos tiempos de la vida del ser humano que serán afectados, desequilibrándolos: el pasado y el futuro, el primero como un ancla que no le permite avanzar por ser el resultado de una mala experiencia propia o ajena que se prefiere evitar; y el segundo se pierde en la incertidumbre ¿volverá a pasar lo mismo?, se denota entonces que la situación o hecho traumático no fue superado, o predomina el miedo que no permite al individuo llevar una vida normal, siendo esto un claro signo de inflexibilidad.

Por lo cual, queda en evidencia lo primordial de potenciar la flexibilidad psicológica, para el saludable desarrollo de la misma persona y de quienes están a su alrededor, permitiéndole además juzgar el pasado como una experiencia de crecimiento y la incertidumbre del futuro como una oportunidad para vivir el presente en plenitud.

En definitiva, lo expuesto anteriormente demanda autoconocimiento para saber que traumas y experiencias fueron superadas y cuales aún no, teniendo reglas claras, puntuales y abiertas al cambio porque a más de los constructos cognitivos, la flexibilidad psicológica también incluye los valores y creencias del ser. Así por ejemplo: Una palabra de ánimo o rechazo puede alterar de tal forma la vida de la persona, que frente a un problema reaccionará de acuerdo a lo que piense, sienta o crea que es lo que debe hacer según lo aprendido.

1.2.5. Compromiso vital.

Este apartado inicia por decirlo así, desde otra perspectiva, ya que el compromiso vital, la resiliencia y la satisfacción vital que seguidamente se profundizarán, no son factores que alteran la salud directamente, sino que permiten mantener un compromiso personal de bienestar.

En el primer lugar, no hay definición ni conceptos claros sobre que es el compromiso vital, pero en el campo de la salud es muy empleado, relacionándolo con los signos vitales “se dice que una persona presenta signos de compromiso vital cuando las funciones vitales se ven afectadas con una probabilidad importante de llegar a morir, ya sea por accidente o por enfermedad” (García, 2007, p. 27).

A saber este enfoque es un tanto reduccionista, ya que enmarca el compromiso vital solamente como un sinónimo coligado a los signos vitales, por lo cual es necesario una relectura para su interpretación y el uso correcto del término en esta investigación. De ahí se deriva, que el compromiso vital no solo tiene lugar en los hospitales, dado que se descubren síntomas disfuncionales en las personas en cualquier ámbito, lo que evoca la presencia de profesionales con un espíritu de auténtico compromiso, en todas las esferas de la existencia humana para velar por la vida.

Las "patologías" genéticas monogénicas se dan en cerca del 10% de los recién nacidos y presentan una variedad amplia de compromiso vital. (...) Cabe considerar que la patología genética se da con heterogeneidad (muchos modelos genéticos dan la misma anomalía), expresividad variable (la misma enfermedad genética presenta diversos grados de compromiso vital) y penetrancia incompleta (un individuo que tiene el genotipo para esa enfermedad puede no presentarla). (párr.31, 33)

Con esto se quiere recalcar que el adquirir un conocimiento, paralelamente se recibe una responsabilidad para consigo mismo y con los demás, según los valores aprendidos en la familia y en las instituciones que realmente se dedican a formar seres humanos y no únicamente profesionales. Por lo mismo que la O.M.S. (1946), en su Constitución manifiesta que: "La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud" (p. 1).

Por consiguiente es redundante, pero necesario preguntar, ¿de qué sirve el conocimiento si no es para ayudar al progreso de la humanidad?, porque ya tiene una respuesta, sin embargo, la realidad es otra, hay personas que a pesar de su brillantez intelectual han optado por malgastarla empleándola para su beneficio personal o causar daño a terceros, de ahí que el concepto de compromiso vital debe abordarse como una labor natural donde quiera que se esté. Por ejemplo: Los abogados y policías deberían tener un compromiso vital siendo los defensores de la vida desde el conocimiento de las leyes y la aplicación de la justicia respectivamente; por otro lado los docentes desde la preparación coherente y responsable a sus estudiantes convirtiéndolos en agentes promotores de vida en el sentido amplio de la palabra, en otras palabras el compromiso vital es un compromiso personal y social con la vida.

1.2.6. Resiliencia.

Ampliando estas definiciones, sobre los factores que intervienen en la salud mental, se cuenta con el aporte de Colussi (2013), que recopila las contribuciones de varios autores sobre como se origina el término resiliencia, su evolución y puntualiza lo que conlleva su aplicación:

En el ámbito de la psicología, aparece utilizado por primera vez en un artículo de Bárbara Scoville en el año 1942 (...), se referían a esta cualidad describiendo a quienes la portaban como “invulnerables” o “invencibles” (Lösel, Bliesener y Kofert, 1989) (...). La “capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas”, de acuerdo a la definición de Grotberg (1995) (...). O si se prefiere: “la capacidad que tiene un individuo, una familia, un grupo y hasta una comunidad de soportar crisis y adversidades y recobrase”, de acuerdo a lo que definen Melillo y Suárez Ojeda (2002). (párr. 3-4)

Cabe considerar entonces, que estos autores al proponer la resiliencia como capacidad, tácitamente sugieren que es un rasgo inherente al ser humano que afirma la suficiencia que posee para adaptarse o superar las situaciones por más desfavorables que parezcan. De igual manera la Real Academia Española la define como: “Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas” (2014, párr. 1).

Pero otro punto de vista se proyecta con el estudio de Rodríguez (2009), sobre promover la resiliencia en los adolescentes, haciendo evidente que no es innata y que existe la posibilidad de aprenderla para formar la personalidad, de tal manera que el adolescente se prepare y al momento de afrontar situaciones adversas lo haga positivamente. También cita a los investigadores Munist & Suarez, pues lamentablemente según sus investigaciones son los adolescentes los que muestran resultados negativos en el tratamiento de drogadicción y embarazo precoz, por su deficiente capacidad de afrontar problemas llevándolos a tomar decisiones poco favorables o perjudiciales para sí mismos y para su desenvolvimiento sano en la sociedad.

Debido a esto Kotliarenko & Cáceres (2011), reiteran que la resiliencia no se limita a ser una capacidad innata, ya que es un proceso en continuos cambios y por tanto puede enseñarse y aprenderse en la convivencia diaria, permitiendo la adaptación y asimilación para el buen vivir por ser un:

(...): “proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas”, (...) Es decir, (...), “un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan una vida sana en un medio insano”. (Citado en Colussi, 2013, párr. 4)

Al ser un proceso posee algunas características: En primer lugar es dinámica: ya que al estar sometido al aprendizaje no permanece estática; segundo, es constructiva: porque se la va construyendo cada día con la experiencia; y tercero, tiene un origen interactivo y sociocultural: es decir se desarrolla a medida que se interactúa en el medio social, permitiendo el aprovechamiento de los recursos y sobreponiéndose a las adversidades.

De lo cual se teoriza que desde la formación inicial sea en el hogar o en las instituciones educativas se debe promover este aprendizaje porque no es algo interno que se exterioriza, sino que es un agente externo que se asimila e interioriza para llegar a adaptarse según las necesidades que se requieren en cualquier etapa de la vida, reconociendo a cada persona como el protagonista de su propia historia.

1.2.7. Ansiedad y Depresión.

Si los factores anteriormente expuestos eran importantes, la ansiedad y la depresión son los ejes actuales alrededor de los cuales giran los demás, constituyéndose como los principales trastornos mentales del siglo XXI.

Por eso son varios los investigadores que aportan con sus definiciones de la ansiedad, entre los cuales Virues (2015), cita los siguientes:

(...) Lang (2002): es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros (...). Beck (1985) refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas (...). Kiriadou y Sutcliffe (1987): una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.) (...). Lazarus (1976): La ansiedad es un fenómeno que (...) bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. (párr. 19-22)

En efecto se puede distinguir que la mayor parte de las definiciones que reúne Virues, tienen un sentido negativo de la ansiedad, siendo vista como respuesta perjudicial o percepción tergiversada de la realidad, sin embargo, al añadir la definición de Lazarus (1976), que merece la pena ser acentuada porque puntualiza que la ansiedad, es un fenómeno connatural en todas las personas y que, en ciertos niveles serviría para aprender a mantener el equilibrio emocional frente a situaciones riesgosas o preocupantes.

Así mismo, en la Guía de Práctica Clínica diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, al resumir que la ansiedad: “es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos” (2010, p. 8). Permite deducir que el lado positivo consiste en reaccionar y adaptarse frente al peligro, por ser una emoción normal, pero las secuelas negativas pueden provocar trastornos.

Justamente, para profundizar un poco el DSM-5 (2014), clasifica los trastornos de la ansiedad por: Separación, mutismo selectivo, fobia específica, social, pánico, agorafobia, de ansiedad generalizada, ansiedad inducida por sustancias/medicamentos, debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificada y de ansiedad no especificada, descritos a continuación:

1. Trastorno de ansiedad por separación: Manifiesta un miedo excesivo por la separación de personas hacia las que se siente apego:
(...) se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. Preocupación excesiva (...) rechazo persistente a salir, (...) a dormir fuera de casa (...). Pesadillas (...). Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos). (p.129)
2. Mutismo selectivo: Relacionado a la incapacidad de hablar: “A. Fracaso (...) en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (...) a pesar de hacerlo en otras situaciones. (...) no se puede atribuir a la falta de conocimiento (...)” (p. 130).
3. Trastorno de pánico: Aparece rápidamente miedo intenso con estos síntomas: “1. (...) aceleración de la frecuencia cardíaca. 2. Sudoración. 3. Temblor (...) asfixia. (...). Dolor o molestias en el tórax. (...) Náuseas (...) mareo, (...) Escalofríos o sensación de calor (...)” (pp. 133-134).
4. Trastorno de ansiedad generalizada: “(...) Al individuo le es difícil controlar la preocupación (...) se asocian (...) y al menos algunos síntomas han estado presentes

(...) fatigado. Dificultad para concentrarse (...). Irritabilidad. Tensión muscular. Problemas de sueño (...) causan malestar clínicamente significativo (...)" (pp. 137-138).

5. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos: Prevalece un cuadro clínico, cuya determinación se apoya en: "la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio (...) durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento" (p. 138).

Esta abundante clasificación ratifica las diversas formas patológicas de la ansiedad, aunque fueron descritas solo aquellas que a consideración de la investigadora, mantienen relación con el tema de estudio.

En resumen lo perjudicial de la ansiedad estaría cuando el estado emocional displacentero, se prolonga de manera irracional, provocando lesiones a nivel físico y psíquico exteriorizados con: mareos, palpitaciones, problemas digestivos, miedos exagerados, deseos de morir, huir entre otros síntomas, existiendo así un desfase entre el estímulo y la respuesta convirtiéndolo en un obstáculo para el desenvolvimiento cotidiano de la persona.

Algo similar ocurre con el trastorno depresivo, que impide llevar una vida con normalidad, sin embargo parece llegar a estados de mayor riesgo, porque incluso ha cobrado vidas al no ser detectado a tiempo, no recibir el tratamiento correspondiente, o simplemente no darle importancia.

Es por eso que la Organización Mundial de la Salud, cita "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" (2015, párr. 1).

Al parecer son síntomas tan comunes que pasan inadvertidos, algunas veces se llegan a considerar parte de la personalidad o propia de la edad, en el caso de los adolescentes, por los cambios continuos en el ánimo, lo que dificulta aún más su diagnóstico. Esto, justifica la demanda de conocer su clasificación y reconocer su sintomatología que el DSM-5 (2014), nos presenta: Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, distimia, disfórico premenstrual, inducido por sustancias/medicamentos, por otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado, de los cuales se detallaran únicamente tres, por considerarse necesarios para apoyar el presente trabajo investigativo:

Trastorno depresivo mayor: Se presentan la mayor parte del día o todos los días los siguientes síntomas:

Estado de ánimo deprimido (...), se siente triste, vacío, sin esperanza (...)
Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las cosas (...)
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (...)
Pensamientos de muerte recurrentes (...), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (...). (p. 105)

Distimia: Este trastorno es crónico, por el tiempo de duración, puesto que está más presente que ausente la mayor parte de los días, mostrando: “Poco apetito o sobrealimentación. Insomnio o hipersomnia. Poca energía o fatiga. Baja autoestima. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. Sentimientos de desesperanza” (p. 108)

Trastorno inducido por sustancias/ medicamentos: Influye un cuadro clínico, confirmado por: “la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio (...) durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento” (p.112).

Pero no únicamente, el mostrar estos malestares, son indicadores precisos de depresión, se debe considerar además los diferentes especificadores que intervienen al momento de establecer el padecimiento de alguno de los tipos de trastornos depresivos y sus grados de riesgo desde: “Leve, moderado, moderado grave, grave” (p. 103).

Por lo cual, el detectar la clase y grados de riesgo de la depresión, aumenta la posibilidad de un tratamiento eficaz y a tiempo, de lo contrario las consecuencias pueden llegar a ser insalvables; como el caso de: Andreas Lubitz, copiloto en una línea aérea, que se suicidó y junto a él asesinó a los pasajeros, colisionando el avión en el que trabajaba, producto de la depresión que padecía. (La Nueva España, 2015). Aunque los niveles menos peligrosos pueden superarse con la combinación de psicoterapia y medicamentos si fuere moderado; y el leve en base a la aplicación de psicoterapia. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Para simplificar, se insta nuevamente que tanto la ansiedad como la depresión son ejes de otros factores de afectan la salud, como lo afirman diversos investigadores entre ellos Gómez et al.: “entre los principales factores asociados con la depresión (...), se encontraban las variables relacionadas con los problemas de salud, las dificultades para las relaciones interpersonales y el consumo de alcohol, marihuana o calmantes” (2004, p. 384).

Por tal deben ser vistos como síntomas y en miras de prevenir sus consecuencias, acerca de esto el National Institute of Mental Health (2015), manifiesta que: “La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta” (párr. 14).

1.2.8. Satisfacción vital.

Se han desarrollado temas en relación a la Salud mental, a fin de mantenerla y llegar a la satisfacción vital o de vida, lo cual hace muy interesante la contribución de Shin & Johnson (1978), al definirla “como una estimación cognitiva sobre la calidad de la propia vida individual a partir de los estándares de comparación escogidos por cada uno” (citado en Buxarrais et al., 2015, p.5).

Tal aseveración expresaría que depende únicamente de estándares personales porque afecta la parte cognitiva del ser humano, sin embargo por estar conformado el hombre por varias áreas Veenhoven (1994), aclara el concepto al indicar primeramente que es un estado de disfrute, acotando:

La satisfacción es un estado mental. Es una apreciación valorativa de algo. El término se refiere tanto a este contexto como a “disfrute”. Como tal cubre apreciaciones cognitivas a la vez que afectivas. La satisfacción puede ser una materia evanescente, pero también una actitud estable. (p. 4)

Lo que demostraría que, es subjetiva en tanto que depende de la cognición y afectividad, pero también puede llegar a ser objetiva, en la medida que influya las actitudes y éstas se mantengan estables, mediante una evaluación personal. Por lo mismo que la define: “La satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva” (Veenhoven, 1994, p.4).

De lo cual, se puede inferir que al ser una evaluación, ésta se hace en correlación con otros elementos como Buxarrais et al. (2015), expresan en su investigación de la salud psicológica, específicamente como la persona se ve a sí mismo, su dominio personal, valores y sobre todo como concibe el apoyo social.

En cambio Moreno, Estévez, Murgui & Musitu (2009), plantean la satisfacción vital como sinónimo de satisfacción con la vida y según su estudio ratifican la existencia de una cadena si la persona tiene una buena reputación se sentiría más apoyado, tendría una autoestima sana y por tal estaría más satisfecho con su vida de lo contrario la reputación negativa haría sentirse a la persona con sentimientos de soledad, menos apoyo que podría generar violencia y por tal el resultado sería insatisfacción con la vida que paradójicamente colocaría a la persona en una espiral porque la insatisfacción o satisfacción hará que la persona sienta, piense o actúe de esta o aquella forma, como lo enseña la leyenda de los dos lobos dependerá del lobo al que se alimente.

1.3. Consumo de drogas

1.3.1. Consumo problemático de drogas.

Rementería (2014), en su trabajo realizado en Chile, proyecta la utilización de la droga a partir su funcionalidad valiéndose de la etnografía, por ser el campo que investiga desde la cultura y la vida cotidiana del individuo, para no quedarse en el porqué sino en el para qué del consumo de drogas; es decir, la utilidad que le da quien la consume, haciéndose consciente de lo que hace y sus consecuencias a la par que se desmitifica, que todo consumidor es un adicto, debido a esto señala: “Por lo tanto, cualquier política de control de drogas en el ámbito juvenil debe de partir por constatar que el uso de las drogas es funcional a ese ámbito” (p. 40).

Acorde con la propuesta de Rementería, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), para clasificar los trastornos inducidos por sustancias, considera el aspecto cultural, empleando una terminología apropiada y sobre todo dar un diagnóstico eficaz, evitando estigmatizaciones: “la palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación (...). Se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno” (p. 257).

Con estas aclaraciones, acerca de que un consumidor no necesariamente debe ser considerado un adicto, si cabe atender e investigar con solicitud el consumo de drogas cuando este se torna en un factor causante de problemas para la vida normal del individuo.

Todos en algún momento de la vida han consumido algún tipo de droga, por eso la cuestión en realidad no es la utilización de drogas, el problema serio radica en la clase de droga que se consume y las consecuencias contraproducentes en la vida, como se expuso anteriormente. Por lo mismo en el Glosario de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo de España se explica que la droga es considerada en: “la farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos” (1994, p. 34).

Por este motivo, algunas drogas son empleadas en la medicina a fin de prevenir o aliviar algún tipo de padecimiento, o incluso se consumen por cultura es conocido que “En los países islámicos es muy habitual fumar hachís, mientras que está prohibido tomar alcohol, vale decir, exactamente al revés de lo que ocurre en nuestra sociedad” (Ministerio de la Educación, Presidencia de la Nación, 2015, p. 16).

Así también, existen aquellas que a pesar de ser cultural y legalmente aceptable como: tomar café, fumar tabaco, beber alcohol que pueden provocar adicción, hecho por el que se debe considerar el consumo problemático de manera interdisciplinaria y no solo por

clasificación de drogas legales o ilegales, ya que si las drogas producen alguna adicción o abuso que altere el ritmo normal de la persona o de la comunidad aunque sean legales se convierten en una dificultad. (Ministerio de la Educación, Presidencia de la Nación, 2015)

Estos antecedentes, permiten vislumbrar la importancia de la clasificación que ofrece la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), donde precisa los trastornos relacionados con sustancias como: el alcohol, la cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco. Igualmente indica que: “el código adecuado del CIE-10-MC para un trastorno por consumo de sustancias depende de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia ya sea por intoxicación o por abstinencia” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 254).

Siendo así, resulta claro la necesidad de continuar con las investigaciones enfocadas al empleo de estas sustancias, especialmente en Colombia, México y Chile se ha recogido información que revelan los grupos más vulnerables:

(...) el problema del consumo en América Latina afecta principalmente a la población juvenil, siendo la marihuana una de las drogas ilícitas de mayor consumo en la región, generando, a su vez, mayores problemas en jóvenes de alta vulnerabilidad social. (División de Desarrollo Social, CEPAL Naciones Unidas, 2000) (...), diversos estudios han evidenciado que en países como México, los índices de consumo de sustancias psicoactivas se han incrementado. (Santiago, et al, 2004) (...), en Chile los adolescentes están iniciando el consumo de adictivos a edades más prematuras. (Santander, 2008). (...) A nivel mundial, el consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes, es un comportamiento cuya prevalencia presenta actualmente una curva ascendente (Sadock, 2002, citado en Salazar, et al, 2004), ya que las cifras revelan un crecimiento general del uso de sustancias psicoactivas entre los adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 2002). (citado por Gonzales, Giraldo, Román, Valencia & Zamora 2014, pp. 163-164)

Es decir son los jóvenes, la población más afectada, además según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014), las sustancias psicoactivas son las generalmente se encuentran relacionadas con problemas sanitarios y sociales:

(...) en los años recientes solo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo ha tenido acceso a tratamiento de la drogodependencia cada año (...) A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas (...), entre 15 y 64 años, consumieron

por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico. (...) El hecho de compartir equipos de inyección expone especialmente a quienes se inyectan drogas al VIH y la hepatitis C. Se calcula que una media del 13,1% de esas personas viven con el VIH. La UNODC, el Banco Mundial, la OMS y el ONUSIDA calcularon conjuntamente que en el mundo hay aproximadamente 1,7 millones de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH. (UNODC, 2014, p. 1)

En este sentido, se infiere que incluso la manera de administrarse alguna de estas drogas puede ser foco para contraer enfermedades, pero el panorama se agrava por la deficiencia en la prestación de servicios para el tratamiento de rehabilitación.

1.3.2. Consumo problemático de alcohol.

Evidentemente el consumo problemático de las drogas a nivel general ya es un problema, por eso, refiriéndose en particular al alcohol, por ser una droga legal y socialmente aceptada vuelve más difícil su diagnóstico, no por los síntomas y consecuencias que regularmente son obvios, sino porque la persona afectada generalmente no acepta que tiene un problema según diálogo con varias personas afectadas.

Mas aún, Espada, Méndez, Griffin, & Botvin (2003), en sus estudios sobre el consumo de alcohol explican que: “es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de estas sustancias cierto tiempo” (p. 10).

Es vital entonces determinar la edad en que se empieza el uso indebido del alcohol y quienes son más proclives a generar problemas posteriores; por lo que el estudio de Mora, Natera & Juárez (2005), permite señalar que el consumo de alcohol se inicia en la adolescencia, 14 años los varones y de 15 años las mujeres:

Además los estudiantes de sexo masculino beben con más frecuencia y en mayor cantidad que las mujeres. (..) De los jóvenes de uno y otro sexo, 26% mencionó tener problemas asociados con el consumo, principalmente los varones (17.9%) en comparación con 8.2% de las mujeres. Los problemas más importantes fueron respecto a las relaciones interpersonales, la policía y la salud, y les siguieron los accidentes. Como era de esperarse, en todos los casos los hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres. (p. 85-86)

Del mismo modo en la investigación realizada por Herrán, Ardila & Barba (2008), que se realiza a nivel nacional en Colombia, permite vislumbrar diferencias en los niveles de consumo entre géneros, a la vez exponen posibles causas que se encuentran asociadas a este problema:

En el Estudio Nacional de Salud Mental por cada seis hombres se encontró una mujer en alto riesgo; en el 2003, en Bucaramanga, por cada tres hombres había una mujer en alto riesgo (2,5). Este aumento del alcoholismo en las mujeres también fue reportado en 1997 (...), la escolaridad, ni el estrato socioeconómico estuvieron asociados al consumo problemático (...) En el presente estudio el riesgo de alcoholismo fue igual en hombres y en mujeres (p. 31-33).

Lo cual certifica algunas características del consumo problemático de alcohol como: el arrepentimiento de haberse implicado en una situación erótica o sexual, discusiones familiares y problemas con la policía; aunque contrasta con el estudio expuesto anteriormente, afirmando que las dificultades son igual entre hombres y mujeres; también descartan, algunos factores como el nivel de educación y el socioeconómico que podrían verse considerado como causales del problema.

1.3.3. Causas del consumo de drogas.

Una vez que se han identificado las drogas que trastornan la salud y la adolescencia como la edad de mayor riesgo; Espada et al. (2003), explican: "Por un lado, ciertas características de este periodo evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas, de hecho el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida" (p. 9).

De ahí que, es imprescindible concienciar a los adolescentes de los daños que provoca el consumo de drogas para su desarrollo, pero sobre todo queda al investigador la ardua tarea de examinar los múltiples elementos que intervienen en la adquisición de dicho hábito, para establecer con certeza causas para su consumo. Siendo así, Botvin (1995), contribuye aseverando que: "No existe una única vía o variable que sirva como condición necesaria y suficiente para el desarrollo del consumo de drogas" (p. 337).

Sin embargo presenta una extensa clasificación de factores asociados con el consumo de drogas, como son los: Factores socioculturales y éstos a su vez se subclasifican en factores demográficos, culturales y facilidad para la adquisición de drogas; factores biológicos, genéticos, socioambientales, familiares entre otros que deben analizarse para la prevención. También Espada et al.(2003), por su parte resumen algunas teorías y las

presentan clasificando según las diferencias entre los diversos factores, que van de lo universal a lo concreto:

Factores macrosociales: Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias. (...)

Institucionalización y aprobación social de las drogas legales. (...)

Publicidad. (...) Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio.

Factores microsociales: Estilos educativos inadecuados. (...) Falta de comunicación y clima familiar conflictivo. (...) Consumo familiar de alcohol.

(...) Influencia del grupo de amigos.

Factores personales: Desinformación y prejuicios. (...) Actitudes favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis. (...) Déficits y problemas del adolescente (pp. 11-12).

Esta categorización revela como causa del consumo de drogas, los factores macrosociales partiendo desde la accesibilidad, lo cual sugiere en primer lugar al alcohol como una de las drogas más consumidas, por la facilidad de adquisición, legalidad y aceptación social. Seguidamente se presentan los factores microsociales, asociados a los ambientes de escolaridad, familiares y de amistad, ya que por razones de aprendizaje y modelado indiscutiblemente se tornan en influencias que pueden ser los detonantes para consumir drogas. Y en última instancia estas los factores personales, como la desinformación y actitudes como baja autoestima, la ansiedad y la falta de control que promueven el consumo de algún tipo de droga por la incapacidad para superar dichos problemas de manera sana.

Siguiendo con el estudio de la clasificación de las causas, debido a las numerosas variables que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas, es conveniente emplear un modelo multicasual como el modelo integrador que se aprecia en la Figura 1, el cual propone una serie de causales agrupadas en tres categorías: contextuales, sociales y psicológicas.

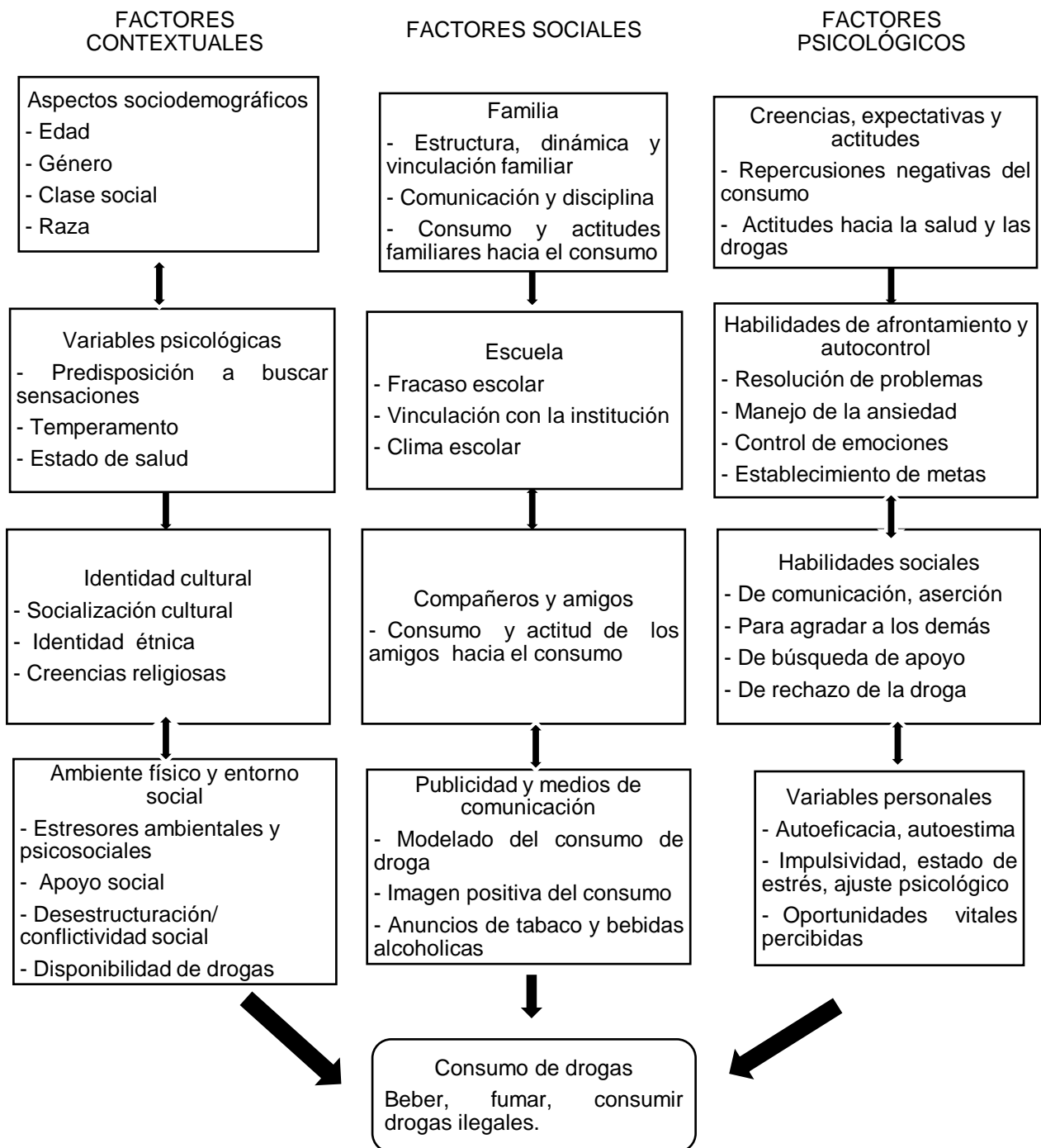


Figura 1. Modelo integrador de influencia en el consumo de alcohol y otras drogas

Fuente: Espada et al., 2003, p. 12

Elaborado por: Jima (2015)

El modelo integrador expone que todos los factores de riesgo que rodean al individuo se encuentran vinculados, esto significa por ejemplo: que algunas personas pueden iniciarse en el consumo alcohol y otras drogas por influencia de los medios de comunicación, otros por referencias familiares o amistades que consumen sustancias, también por carecer de habilidades de socialización, bajo rendimiento académico, entre otros, en fin hay una etiología bastante extensa, que permite descartar o ratificar las diversas causales posibles.

Posterior a este análisis Espada et al., propone un programa para entrenar en habilidades asociadas a los factores de riesgo, como se puede observar en la Tabla 2, en el cual intervienen la parte cognitiva, actitudinal y conductual del individuo, considerando como puntos de referencia las motivaciones.

Tabla 2. Motivaciones hacia el consumo y componentes indicados

Motivaciones personales	Motivaciones sociales
<p>Motivaciones negativas</p> <p>Bebo o me drogo para olvidar (preocupaciones, problemas, penas, etc.)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resolución de problemas</p>	<p>Motivaciones por influencia social</p> <p>Bebo o me drogo porque otros me lo dicen o lo hacen (amigos, padres, tv, cine, etc.)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resistencia a la presión</p>
<p>Motivaciones positivas</p> <p>Bebo o me drogo por placer (divertirme, relajarme, curiosidad, etc.)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Actividades de ocio</p>	<p>Motivaciones para la relación social</p> <p>Bebo y me drogo para llevarme mejor y conectar (amigos, compañeros, etc.)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Habilidades sociales</p>

Fuente: Adaptación (Espada, Méndez, Griffin, & Botvin, 2003, p. 13)

Elaborado por: Jima (2015)

Estas motivaciones fueron enfocadas al alcohol por ser la droga de mayor consumo, aunque igualmente se puede aplicar al consumo de otras sustancias estupefacientes u otras adicciones, además se parte de la lógica de que el consumo es por causas personales y sociales.

1.3.4. Consecuencias del consumo de drogas.

Como todo acto el consumo y abuso de drogas, conlleva naturalmente consecuencias, hecho que ha obligado a tomar medidas de distinta índole. No obstante, antes de analizar las consecuencias como tal, debe considerarse algunos indicios o señales, que ya se advierten como primeras secuelas del consumo problemático de drogas, recabados gracias al diálogo con fuentes directas como: Rectores de instituciones educativas, policías y doctores, que indican sobre todo en los adolescentes: Bajo rendimiento académico e inasistencia a clases, problemas familiares, cambios drásticos en los hábitos de higiene llegando a despreocuparse de su presentación personal, sueño escaso o exagerado, ojos enrojecidos, dificultad para hablar, nariz que moquea, cambios frecuentes en el estado de

ánimo, pérdida de artículos o dinero, entre otros, pero consideran que estos puntos son solo referentes para considerar que existe alguna adicción sea droga o alcohol porque es necesario profundizar y tratar cada caso con individualidad para evitar diagnósticos o perspectivas erróneas.

Es consecuente entonces, profundizar en algunas disposiciones adoptadas en países como México, donde es una práctica común estudios de adicciones en los adolescentes y jóvenes, lo que ha permitido pronosticar algunas consecuencias por el abuso de alcohol, especialmente en los hombres como prácticas sexuales riesgosas, tentativas de suicidio, accidentes de tránsito, agresiones o ataques a sí mismos y a otros, dificultades en los estudios y complicaciones legales. (Mora et al., 2005)

Igualmente Herrán et al. (2008), contribuye mencionando otras consecuencias como: incremento en los niveles de frustración y discusiones debido al deterioro en las relaciones familiares, lo que produce en muchos casos arrepentimiento, pero a la vez impotencia pues a pesar del reconocimiento de las malas acciones cometidas bajo el efecto del alcohol o droga, se continúa en el mismo estado, esto desencadena otras consecuencias como la promulgación de Leyes, Códigos y Políticas de estado.

Un ejemplo claro de estas medidas es el Art.364 de Ecuador, aunque publica que es problema del sector de salud, el contexto establece acciones como implementación de programas y control de publicidad refiriéndose a drogas específicas, textualmente manifiesta:

Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco (Asamblea Constituyente, 2008, p.167)

Es evidente que el Art.364, fue elaborado con miras a evitar o combatir las posibles consecuencias, que no únicamente afectarán al individuo sino a la sociedad en la que se desenvuelve, pero que debe ser considerado porque es la respuesta por la incapacidad del individuo de dominarse en sus actos, haciéndose daño así mismo y a los demás.

Retomando las consecuencias explícitas del consumo de drogas, Ps. Ana María González, psicóloga de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en una entrevista afirma "Todas las

drogas causan discapacidad, unas son más visibles que otras, pero todas las drogas afectan”. (Difusión Cultural de Fundación Teletón, 2015, párr. 1). Posteriormente señala algunos ejemplos:

(...) el alcohol causa afectaciones graves en el hígado; el tabaco provoca cáncer; la marihuana altera la coordinación, ocasiona ataques de pánico y esquizofrenia; la cocaína produce afecciones neurológicas, psicosis e infertilidad, las metanfetaminas causan lesiones cerebro y cardiovasculares en tan sólo un año de consumo, y los inhalables pueden provocar insuficiencia renal y muerte súbita, explica la especialista (Difusión Cultural de Fundación Teletón, 2015, párr. 1)

En resumen, las consecuencias que genera el consumo de drogas son tanto a nivel personal como social, porque es una cadena la que se inicia y lamentablemente quienes están envueltos en estas circunstancias en muchos de los casos no logran dilucidar a tiempo para rectificar en sus acciones.

1.4. Adolescente

La presente tesis tiene como sujeto de investigación a los adolescentes, que la Real Academia Española (2012), define: “Que está en la adolescencia” (párr. 1). Motivo por el cual se tratará acerca de la adolescencia, cuya duración según: “Eliot y Feldman (2000) sugieren hablar de sub-etapas: la adolescencia temprana (11 a 14 años), la media (15 a 17 años) y la adolescencia tardía (18 a 25 años)” (citado en Casullo & Castro, 2002, p. 130).

Al respecto la OMS. (2015), propone a nivel general que esta etapa comprende de los 10 a 19 años de edad y al mismo manifiesta que:

(...) muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida. (párr.1)

Aunque este panorama desalentador se ha mantenido, puesto que en años anteriores Maddaleno, Morello & Infante (2003), ya habían propuesto en su investigación a la adolescencia como la etapa inicial en el abuso de sustancias, proyectado en los siguientes datos:

La edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años. Sin embargo, en algunos países se encuentra en descenso: en Costa Rica la edad de inicio de consumo de tabaco era de 11 años en 1999. En los países de El Caribe, el alcohol es la principal droga de consumo; 54% de adolescentes encuestados y 40% de las adolescentes había consumido alcohol alguna vez en su vida. Aunque el consumo de tabaco es escaso en El Caribe, países como Perú o Cuba tienen índices más altos. Por otra parte, en Argentina, se hizo en 1997 una encuesta en alumnos de 12-18 años de edad demostrando que 30% había fumado un cigarrillo en los 30 días previos a la encuesta, siendo similar el consumo en ambos sexos. (pp. S135-S136)

Esto significaría la existencia de un elemento inmutable que Aliño, López, & Navarro (2006), dilucidan al considerar la adolescencia como un periodo transcendental de cambios, que no se pueden interpretar desde una sola perspectiva, puesto que las diferencias entre los adolescentes a pesar de estar dentro de la misma edad es significativa y acentúan que: “La adolescencia es privativa del ser humano, y ocurren en ella cambios significativos, cuantitativos y cualitativos en el marco de lo biológico, pero lo trascienden, interesando también las esferas psicológica y social” (párr.40).

Por tanto esta etapa en la vida de todo ser humano es una de las de mayor riesgo, pero también de grandes ventajas si es aprovechada en beneficio del individuo y la sociedad, debido a la apertura y capacidad que tienen los adolescentes para descubrir y lanzarse a realizar proyectos nuevos y el inconformismo propio de la edad.

1.4.1. Desarrollo biológico.

Entre los cambios que Antona, Madrid & Alaez (2003), proponen en la adolescencia por ser un proceso de transición de la infancia a la adultez, habitualmente asociado a la idea de etapa más crítica dentro de la vida del ser humano por el sinnúmero de cambios que se producen tanto interna como externamente, la clasifican en tres niveles: “-Biológico. La pubertad. -Psicológico. Fases y tareas de la adolescencia. -Social. Emancipación, valores sociales” (p. 45).

Identificada entonces la pubertad como el inicio de la adolescencia, donde los cambios biológicos están básicamente relacionados con el incremento de estatura y peso, debido a las hormonas encargadas del crecimiento físico que son diferentes entre niños y niñas, causando la variación corpórea, serán detallados a continuación:

Tabla 3. Cambios biológicos en la adolescencia

Variables	Concepto	Varones	Mujeres
Pubertad	Inicio de la adolescencia	12-13 años	10-11 años
Desarrollo de las características sexuales primarias	Relacionadas a los órganos de reproducción	Crecimiento del pene, testículos,	Crecimiento de ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.
Desarrollo de las características sexuales secundarias	Relacionados con la diferencia de los dos sexos	Aparición barba y el vello en las piernas, brazos y pecho	Aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquia.
Otros cambios fisiológicos	Aparición del vello pubiano y axilar		
	Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).		
	Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.		
	Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso fuerza, coordinación motora.		

Fuente: Adaptación (Gumucio, 2015, párr. 7-14)

Elaborado por: Jima (2015)

Tal como lo ilustra la Tabla 3, efectivamente los cambios en esta etapa entre hombres y mujeres son distintos, ellas se inician uno o dos años antes que ellos, razón por la cual a pesar de tener la misma edad no se encuentran en la misma fase de desarrollo.

Además los cambios corporales implican la aceptación e identificación con la nueva forma del cuerpo, que se convierten en una de “las preocupaciones de los adolescentes con relación a su apariencia pueden llevar algunas veces a dietas poco saludables, e inicio prematuro del coito antes de alcanzar la madurez cognitiva o emocional” (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2015, p. 13).

Si bien la situación de aceptación corporal, parece algo sencillo no lo es y por eso los adolescentes tienden a replegarse sobre sí mismos, repercutiendo esto negativa o positivamente en su autoestima. Al mismo tiempo, se vuelve usual compararse con los demás, experimentando nuevas modas sea en su forma de vestir o peinarse con el fin de embellecerse aunque paradójicamente, se está en la búsqueda de la autenticidad. También

es normal la aparición de interrogantes relacionadas con sus propios cambios y necesidades como son la menstruación, masturbación, orgasmo entre otros que generalmente se busca despejar entre pares. (Gumucio, 2015)

1.4.2. Desarrollo social.

El adolescente es un ser humano y por tal un ser social, que tiene la necesidad de desarrollarse socialmente, por ende Gumucio (2015), indica en este sentido que la adolescencia: “Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales” (párr. 3)

Es preciso entonces fortalecer el primer campo de desarrollo social, es decir, la familia porque los cambios que se dan en los adolescentes influyen y a su vez son influenciados por las personas con las que conviven, además uno de los aspectos a desarrollarse en esta etapa, es precisamente la transición del núcleo familiar hacia la sociedad (Oliva, 2006).

Debido a la importancia de las relaciones familiares Rodrigo et al. (2004), expresa que a pesar del paso del tiempo: “Las relaciones familiares, (...) continúan siendo un elemento relevante en el análisis de la conducta y estilo de vida del adolescente” (citado en Cava, Musitu, & Murgui, 2006, p. 367).

No obstante, los roces entre los adolescentes y sus padres, inevitablemente traen consigo continuos conflictos familiares, pero son hasta cierto punto de la madurez y sus repercusiones dependen de la intensidad y continuidad:

(...) sobre las relaciones parento-filiales y sobre el desarrollo y ajuste del adolescente. Una de las primeras consecuencias será el aumento de malestar emocional y estrés experimentado, especialmente en las madres (Noller, 1994), la salud mental de los padres, que puede verse afectada negativamente cuando las desavenencias son recurrentes (Steinberg, 2001). No obstante, los conflictos de intensidad moderada no suelen mermar en exceso la calidad del clima familiar (...), tienen un efecto positivo a medio plazo sobre las relaciones y sobre el propio adolescente, ya que favorecerán una reestructuración del sistema familiar y una renegociación de roles y expectativas. De esta manera se alcanzará un nuevo equilibrio..., que facilitará su individuación y la construcción de su identidad personal (Granic et al. 2003; Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001; Smetana, 2005). Además, las situaciones conflictivas pueden ser un contexto muy adecuado para el aprendizaje de estrategias de negociación y resolución de problemas, y para

el desarrollo de la habilidad de adopción de perspectivas (Smetana, 2005)
(citado en Oliva, 2006, p. 215).

Naturalmente, con el fin de disminuir la tensión provocada por estos roces familiares, durante el inicio de la adolescencia se crea vínculos de amistad con pares del mismo sexo y en el caso de acercarse al sexo opuesto lo hace en grupo. También los adolescentes emprenden una búsqueda, para desenvolverse en el medio en el que se encuentran con independencia y autonomía, descubren habilidades, comienzan a asumir roles y aprenden a plantearse metas. (Gumucio, 2015)

Posteriormente, al entrar en la etapa media de la adolescencia, continúan la búsqueda de sí mismos, cobrando gran importancia el formar parte de un grupo de cualquier índole, porque en dichos grupos se pretende principalmente contar con amigos y confidentes, de manera que se favorezca el ambiente de relaciones, de compartir con compañeros de la misma edad sentimientos y problemas, desarrollar potencialidades, formar la personalidad y adquirir intereses e ideales, aunque justamente por ser parte de un grupo se adopta los ideales e intereses de la mayoría; en gran parte de los casos es la causa para distanciarse de los padres y de adultos o cualquier otro ente que simbolice autoridad en general , rebelándose por medio del alejamiento, rechazo o evitación, por eso es vital escoger bien el grupo al que se unirán porque como dice el refrán “Quien con lobos se junta a aullar aprende” o “Dime con quién andas y te diré quién eres”, es decir mucho dependerá de con quienes se esté en esta etapa para ver los valores que se adoptarán en la vida adulta, cabe aclarar que hay siempre excepciones porque otros factores pueden incidir como cita Giró (2011): “Y también, como ocurre entre muchos adolescentes (...), que forjan su identidad en oposición a los rasgos culturales (...) impuestas por unos (familiares) o por otros (entornos sociales)” (p. 78).

Sin embargo, si al finalizar esta etapa no ha logrado el adolescente una inserción en la sociedad, esto puede significar que tampoco lo ha hecho en los pequeños grupos derivándose en conductas de retraimiento o antisociales, o lo que es más desfavorable aún que ha sido aceptado dentro del grupo pero éste no le ha permitido crecer saludablemente encontrándose sometido de manera irracional a lo que diga el grupo, compañeros, o inclusive sus padres u otras personas, por carecer de independencia y criterio propio, por lo cual las relaciones mantenidas con sus pares sean hombres o mujeres servirán como modelo para las que mantenga en su vida adulta (Gumucio, 2015)

Al respecto Feixa (2006), afirma que la clave de una inserción exitosa radica en el grupo de pares: “combinan con éxito su adscripción a las redes de relación familiares (...) en la

sociedad mayoritaria, precisamente a través de los grupos de iguales, (...) y otras formas de identificarse y de relacionarse con el mundo” (citado en Giró, 2011, p. 78).

Demostrándose que el desarrollo sano del adolescente en esta etapa final se muestra con la aceptación de sí mismo, respeto a los criterios ajenos, manejo apropiado de los fracasos, autonomía e independencia, criterio o conciencia de tal manera que a pesar de continuar en algún grupo se actúa con mayor libertad exponiendo los pensamientos, valores y creencias propios, entrando a la etapa de reconciliación con las figuras de autoridad.

Otro punto importante dentro del ámbito social de los adolescentes, al tratar de las relaciones con los pares, que es necesario tocar son las relaciones con las instancias educativas que repercutirán en el nivel académico, aunque Cava et al. (2006), igualmente pone de relieve el valor de la familia:

La valoración paterna de la escuela incide de manera directa no sólo en la actitud del adolescente hacia la escuela, sino también en su autoestima académica. En este sentido, mejorar la percepción que algunos padres tienen de la institución educativa y de los profesores, incrementando la comunicación y la mutua colaboración entre padres, profesores, podría facilitar la integración de los alumnos y favorecer así en ellos una actitud más favorable hacia la institución escolar (p. 371).

En sí, todos los entes que rodean al adolescente como su familia, compañeros, amigos e incluso la misma cultura son los componentes que directa e indirectamente intervienen en su desarrollo humano y social, por lo cual es una gran misión la que se tiene por parte de los adultos de fomentar un ambiente favorable para su sano desarrollo.

1.4.3. Desarrollo psicológico.

Por ser el adolescente un ser integral, al presentarse cambios en las esferas biológica y social, instintivamente se presentarán variaciones en el ámbito psicológico, modificando su manera de ser y hacer la vida diaria, resultando incluso nuevos ámbitos como el psicosocial:

Tabla 4. Cambios Psico-sociales en la adolescencia

ASPECTOS DE DESARROLLO	ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA		
	I Etapa: 12-14 años	II Etapa: 15-17 años	III Etapa: 18-21 años
Dependencia - independencia	Relación conflictiva con los padres. Vacío emocional, cambios de humor	Aumenta conflictos con los padres	Creciente integración. Independencia y madurez. Regreso a los valores familiares
Preocupación por el aspecto corporal	Extrañamiento, rechazo e inseguridad del propio cuerpo. Crece el interés por la sexualidad	Mejor aceptación del cuerpo, aunque se mantiene cierta preocupación	Desaparecen las preocupaciones. Aceptación de la corporalidad.
Integración en el grupo de amigos	La amistad es lo más importante. Relaciones muy emocionales. Inicia contacto con el sexo opuesto	Integración a algún grupo. Adaptación de valores, reglas y modas de amigos. Las relaciones de pareja más o menos se estabilizan.	Los valores de los amigos pierden importancia. Relación con otra persona, mayor comprensión.
Desarrollo la identidad	Razonamiento abstracto. Aparecen los objetivos vocacionales. Necesidad de mayor intimidad Pobre control de impulsos	Mayor empatía, capacidad intelectual y creatividad. Vocación más realista Comportamientos arriesgados	Conciencia racional y realista. Compromisos serios Vocación coherente a sus actitudes. Concreción de valores morales, religiosos y sexuales.

Fuente: Adaptación de las tablas II,III y IV (Iglesias, 2013)

Elaborado por: Jima (2015)

Con los cambios psicosociales que se presentan en la Tabla 4, Iglesias (2013), ratifica la necesidad de revisar global y no parcialmente algunos de estos cambios. Así por ejemplo, el ámbito psicológico no se debería plantear de manera aislada, sino en vinculación con otros

ámbitos, que se van desarrollando por etapas, de manera progresiva y sobre todo en conjunto: “las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psico-social, comprendiendo cuatro aspectos: la lucha dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus pares y el desarrollo de la propia identidad” (párr. 25).

Las referencias anteriores permiten indicar que en primer lugar, al iniciar esta etapa se puede distinguir en la Tabla 4, que psicológicamente la mayor inquietud se enfoca a lo físico y emocional, debido a los cambios biológicos tanto sexuales como fisiológicos, que obligan al adolescente a reajustar su visión de sí mismo y al mismo tiempo se produce la variación constante de los estados emocionales y anímicos.

Seguidamente, al entrar a la fase media de la adolescencia las preocupaciones pasan a relacionarse con la autoafirmación tanto personal como social, se requiere direccionar sanamente los impulsos sexuales y con la presencia de los amigos explorar las capacidades y habilidades, es decir se incorporan nuevos intereses tanto de actividades como de relaciones. (Krauskopof, 2015)

Al finalizar esta etapa de transición de la adolescencia a un estado de adultez, en el carácter psicológico se asume que el adolescente ha logrado la madurez mental que consiste en tener pensamiento abstracto, identidad definida, independencia parental, tener una escala de valores adecuada y relaciones estables. (Krauskopof, 2015).

Concluyendo entonces, es ineludible llegar a dicha maduración para continuar con las siguientes etapas de desarrollo del ser humano y como dijo G. Stanley Hall: “La adolescencia es un nuevo nacimiento, ya que con ella nacen rasgos humanos más completos y más altos”.

**CAPÍTULO 2.
METODOLOGÍA**

2.1. Objetivos

2.1.1. General.

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa “NN”, perteneciente a la Zona 7, Distrito 19, Circuito 19D04 mediante la aplicación de un cuestionario.

2.1.2. Específicos.

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias.
- Elaborar informe de resultados para el establecimiento participante en la investigación.

2.1.3. Preguntas de investigación.

Entre las preguntas que esperan ser despejadas en la presente tesis se encuentran las siguientes:

- ¿Cuáles son las variables asociadas a la buena salud mental?
- ¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias?
- ¿Cuántos estudiantes se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias?
- ¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género?

2.2. Diseño de Investigación

En la presente investigación se utilizó el tipo de investigación descriptiva porque consiste en identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes además permite conocer las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de la situación.

2.3. Contexto

El estudio se llevó a cabo en la Institución Educativa “N.N.”, correspondiente a la Zona 7 del Distrito 19 y Circuito 19D04, de carácter mixto, con jornada matutina, en la Parroquia y cantón Yantzaza, Provincia Zamora Chinchipe; cuenta con dos edificios:

El primero ubicado en la calle Jorge Mosquera y Armando Arias, Barrio Central- zona urbana, conformada por los niveles de Educación Inicial, Básica Elemental, Media y Superior.

Mientras que el segundo edificio está localizado en el Barrio Pitá, vía a los Hachos- zona rural, en la actualidad se encuentran funcionando desde el 1° al 3° de Bachillerato Técnico Común y General Unificado.

Históricamente según consta en el Proyecto Educativo Institucional (2013), de la Institución empezó a funcionar la memorable fecha del: “10 de Diciembre de 1970, por oficio N° 38465, el Sr. Ministro de Educación creó la escuela Fiscomisional N.N.”. (p. 2)

Sin embargo, debido a la necesidad apremiante y gracias a la gestión de las autoridades de turno, docentes y padres de familia, progresivamente se fueron incrementando los niveles de educación conforme manifiesta el P.E.I. (2013), mediante varios Acuerdos y Resoluciones, entre las cuales se puede citar la última que resuelve: “Cambiar la denominación del Instituto Superior Tecnológico Fiscomisional N.N., por la de UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL N.N., (...), conformada por los niveles de Educación General Básica y Bachillerato”. (p. 4)

Razón por la cual, durante el periodo lectivo 2014- 2015, ofertó servicio educativo a 1.330 estudiantes, contando con el apoyo de: 59 docentes, 4 personal administrativo y 4 personal de servicio a fin de permitir a la juventud insertarse en la sociedad como entes productivos y de desarrollo para el beneficio personal y social.

Además, como parte de su identidad institucional y como medio para alcanzar la calidad educativa, desarrollar los objetivos y proyectarse eficazmente a los nuevos desafíos presenta:

Visión

Constituirse en la Institución Educativa de mayor prestigio de la provincia, capaz de formar niños, niñas, bachilleres y profesionales con una sólida formación integral aptos para enfrentar las exigencias del nuevo milenio.

Misión

Formar personas en los ámbitos: espiritual, intelectual, afectivo, motriz y científico; para enfrentar los retos de la vida de manera responsable y ser parte del desarrollo social, cultural, político y económico del país. (PEI, 2013, p. 6)

De lo que se deduce, la preocupación de quienes regentan la Unidad educativa, para estar a la vanguardia, solventando los requerimientos de la niñez y juventud yantzacense, aportando al progreso de la sociedad desde el campo educativo con la formación de personas integral y proactivamente.

2.4. Población

El universo de estudio está conformado por estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional N.N. de la Zona 7, Distrito 19 y Circuito 19D04; comprendiendo 102 estudiantes por ser una institución ubicada en un sector urbano en las jornadas diurna y mixta según el siguiente detalle:

- Varones y mujeres entre 14 y 17 años,
- 102 estudiantes, de los cuales 54 fueron de los 1eros Bachillerato: Técnico Común A y General Unificado B,
- Los 48 restantes pertenecían a los 2dos Bachillerato: Técnico Común A, General Unificado B y C.

Seguidamente para determinar la idoneidad de la muestra se empleó el método de muestreo casual accidental no experimental, ya que los estudiantes fueron elegidos sin ningún juicio previo, a partir de esta población se realizó el estudio con los individuos que accidentalmente estén dispuestos, siendo seleccionados directa e intencionadamente los estudiantes de acuerdo a los siguientes criterios:

- Cartas de Consentimiento firmadas por parte de los padres de familia o sus representantes legales.
- Cartas de Asentimiento firmadas por el mismo estudiante, aprobando su participación voluntaria en la investigación.
- Tener entre 14 y 17 años de edad.
- Aquellos estudiantes que no cumplieron con todos los criterios, fueron excluidos de la investigación, razón por la cual la muestra fue de 44 estudiantes como señala la Tabla 5.

Tabla 5. Número de muestra de participantes en la investigación por cada variable independiente.

Variables Independientes		N°.	Total
Sexo	Masculino	13	44
	Femenino	31	
Edad	14 años	1	44
	15 años	10	
	16 años	24	
	17 años	9	
Nivel Académico	1ro de Bachillerato A	10	20
	1ro de Bachillerato B	10	
	2do de Bachillerato A	2	24
	2do de Bachillerato B	9	
	2do de Bachillerato C	13	

Fuente: Hojas codificadas de participantes de la U.E. Juan XXIII, 2015.

Elaborado por: Jima (2015)

2.5. Métodos Técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1. Métodos.

A fin de lograr los objetivos propuestos se empleará los métodos que a continuación se detallan:

2.5.1.1. Método descriptivo.

Consiste en explicar y analizar las incidencias tanto de las variables asociadas a la salud mental, como las que se encuentran asociadas al consumo de sustancias estupefacientes en los participantes, describiéndolas detalladamente.

2.5.1.2. Método estadístico.

Permite que la información cuantitativa y cualitativa, recolectada de los cuestionarios aplicados en la investigación sea organizada, clasificada, estableciendo información objetiva por la identificación de su frecuencia en la muestra.

2.5.1.3. Método transversal.

Facilita el análisis del estado o nivel de una o más variables en un único y determinado momento, aportando con predictores de prevalencia de la problemática objeto de estudio, en los adolescentes para posteriores estudios.

2.5.2. Técnicas.

La técnica empleada será la encuesta, que ayuda a recoger información relacionada al tema de investigación, basados en las respuestas de los colaboradores.

2.5.2. 1. Instrumentos.

El instrumento específico será el Cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes, cuyo objetivo, según consta en el Manual de aplicación de la Batería de instrumentos del Proyecto de Investigación (2015), es: “analizar la distribución del estrés percibido y variables que modulan su impacto sobre la salud”. (p. 7), en este caso particular de los estudiantes de los Primeros y Segundos bachillerato de la Unidad Educativa N.N., como se describe en la Tabla 6, consta de 10 instrumentos con su respectivo número de preguntas y variables necesarias para determinar algunos de los principales factores psicosociales que afectan a los adolescentes investigados.

Tabla 6. Instrumentos aplicados con el número de ítems y variables evaluadas.

Escala/Instrumentos	Nº Ítems	Variables evaluadas
Cuestionario Sociodemográfico	10	Datos psicosociales
	10	Antecedentes de salud
Perceived Stress Scale (PSS-14)	14	Percepción del estrés psicológico actual
Avoidance and Action Questionnaire (AAQ- 7)	7	Estilo de afrontamiento: flexibilidad /inflexibilidad psicológica
Type A Behavior Scale	10	Tipo de personalidad relacionado a problemas de salud, incluidos trastornos cardiovasculares y muerte prematura
UCLA Loneliness Scale Revised-Short	20	Apoyo social-emocional, asociado a la sensación subjetiva de soledad
Brief Resilience Scale (BRS)	6	Resiliencia, que está vinculada con la capacidad de adaptación al estrés.
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT –C)	10	Consumo problemático de alcohol, dependencia y sus consecuencias
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	11	Consumo problemático de sustancias, durante los últimos tres meses
Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	9	Sintomatología de la depresión y ansiedad en las últimas 2 semanas.
Life Satisfaction Question (LSQ)	1	Percepción del nivel de satisfacción vital del participante.

Fuente: Adaptación de Ruisoto (2014) y Andrade, Cuenca & León (2015).

Elaborado por: Jima (2015).

Las preguntas son tan importantes como sus respuestas por lo que se han planteado tres clases: Abiertas, cerradas y de opción múltiple con su respectiva codificación y puntuaciones para facilitar su análisis e interpretación.

2.5.3. Procedimiento.

En el presente estudio al abordar problemáticas asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes- adolescentes, se buscó objetividad mediante un minucioso proceso que no deje lugar a una investigación falseada, evitando errores y sesgos personales, desarrollándose en varias etapas:

Etapa inicial: pasos previos a la aplicación del instrumento psicométrico

Se inició recopilando fuentes y recursos bibliográficos en relación a los temas de la investigación según las directrices y criterios formulados por la UTPL, para la elaboración del marco teórico y fundamentación del estudio.

A continuación se realizó entrevistas: vía telefónica y personal con la rectora de la institución para programar cita, recabar información logrando determinar el cumplimiento de los parámetros solicitados para la indagación. Igualmente se presentó el oficio facilitado por la UTPL, para presentar el tema de la investigación propuesta y solicitar el respectivo permiso a la autoridad correspondiente.

Seguidamente se entregaron los recursos facilitados por la UTPL: oficios, consentimientos y asentimientos a los miembros de la comunidad educativa participante y el cronograma de trabajo, además el investigador solicitó la lista de estudiantes de los cursos que iban a participar.

Etapa media: pasos durante la aplicación del instrumento psicométrico

Se socializó y motivó a los estudiantes la estructura y desarrollo del instrumento que se iba a aplicar y se receptó las cartas de consentimiento y asentimiento de quienes aceptaron participar.

Además la población y muestra, en este estudio fueron los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional N.N. de la Zona 7, Distrito 19 y Circuito 19D04, mediante el muestreo casual.

Seguidamente se aplicó la batería, con las debidas indicaciones generales y específicas que se suscitaban, posteriormente se procedió a retirar los instrumentos resueltos.

Sin embargo cabe recalcar que durante este proceso se presentaron dificultades tales como; cartas de consentimiento informado para los padres y /o representantes de los estudiantes, firmadas, pero luego retractadas descartando así a su representado y algunos estudiantes se negaron a entregar el instrumento pese a los asentimientos receptados anteriormente porque decidieron no participar en la investigación, aseverando que al codificar las hojas ya no consideraban que existía un verdadero anonimato, pese a esto, otros jóvenes participaron con entusiasmo y muy comprometidos.

Etapas finales: pasos posteriores a la aplicación del instrumento psicométrico

Se empezó por el análisis de los resultados del instrumento aplicado, mediante: la recolección de datos del cuestionario e inmediatamente se ingresó la información en la plantilla facilitada por la UTPL, a continuación se identificó las variables de protección y de riesgo realizando la lectura de gráficos para la respectiva descripción de resultados, según las directrices solicitadas.

Por último se realizó la redacción y entrega del informe en el que se incluyeron conclusiones y recomendaciones aplicables a la realidad del Centro Educativo en el que se realizó la investigación, previa aprobación por parte de la tutora.

2.5.4. Recursos.

Talento Humano.

Se contó con el apoyo por parte de:

- Rectora de la Institución educativa
- Estudiantes
- Inspectora
- Docentes
- Padres de familia
- Tutora, e
- Investigadora

Recursos Materiales.

Se entregó a las autoridades de la Unidad educativa, a los estudiantes y para información del investigador:

- Carta de presentación del Proyecto
- Cronograma de actividades
- Copias de consentimientos
- Copias de asentimientos
- Copias del cuestionario o batería del Proyecto de investigación
- Lápices
- Borradores
- Correctores
- Manual de aplicación de la batería de instrumentos del Proyecto de investigación
- Guía didáctica

Recursos Económicos.

Los gastos se solventaron con recursos propios del investigador.

Tabla 7. Resumen de gastos

Gastos	Valor
Suministros de oficina- Lápices, correctores, borradores	\$ 12,50
Internet	\$ 65,00
Anillados	\$ 12,00
Copias de instrumentos	\$ 18,75
Transporte	\$ 13,25
Alimentación	\$ 8,00
CD.	
Imprevistos	
Total	\$ 129,50

Fuente: Facturas y recibos de pagos

Elaborado por: Jima (2015)

Recursos Institucionales.

Facilitaron por parte de la Institución con:

- Tiempo
- Aula, pizarrón, marcadores, lista de estudiantes y lista de representantes

CAPÍTULO 3.
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS: ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos

Datos psicosociales.

Reconocer los datos psicosociales en los sujetos investigados fue esencial, porque permitió comprenderlos desde diversos ámbitos como: edad, sexo y año de bachillerato de una forma individual y mancomunada para realizar las respectivas afirmaciones y/o contrastar los resultados.

Así mismo facilitan, el poder identificar la variable de mayor o menor riesgo, considerando su género; si es estudiante de primero o segundo bachillerato y la edad de los adolescentes investigados.

La primera variable analizada corresponde al sexo, cuyos resultados son presentados a continuación:

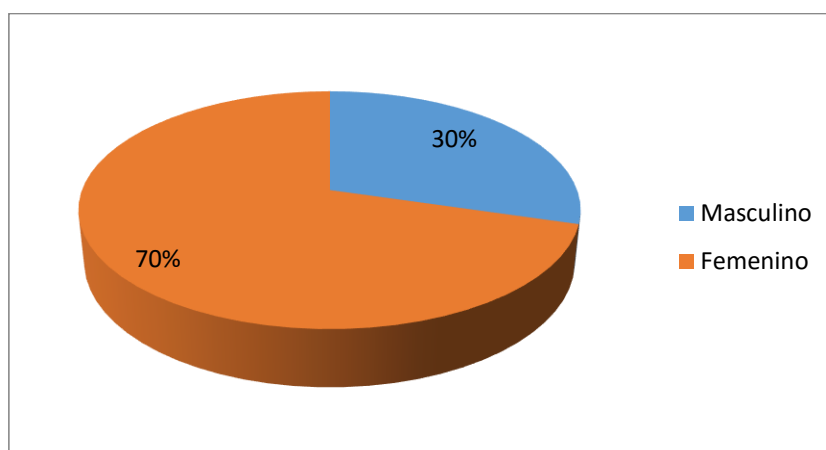


Figura 2. Sexo

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La figura 2, permite confirmar que de la población investigada el 70% pertenecen al género femenino y el 30% corresponden al género masculino, es decir existió una mayor colaboración por parte de las mujeres en la investigación.

Seguidamente en la figura 3, se observa el porcentaje de participación según la edad

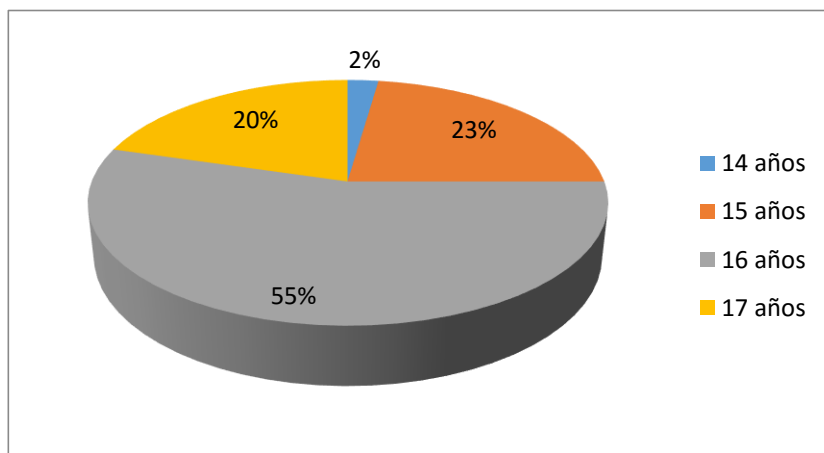


Figura 3. Edad

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En lo referente a la variable edad el 55% de la muestra poseen 16 años siendo el grupo de mayor representación en la investigación, puesto que estarían por encima de la mitad de los investigados, después el 23% de 15 años, muy de cerca se encuentran con el 20% de 17 años y por último el porcentaje mínimo es del 2% de 14 años (ver figura 3).

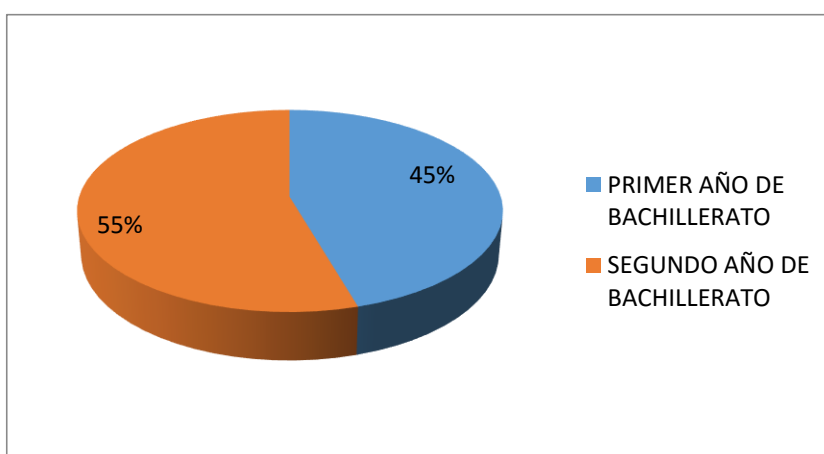


Figura 4. Año de bachillerato

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En cuanto a la variable año de bachillerato que se presenta en la figura 4, la muestra de estudiantes (n=44 estudiantes), el 55% se encuentran cursando el segundo año bachillerato y el 45% el primer año de bachillerato, de manera general es poca la diferencia en cuanto a la participación entre los estudiantes del primero y segundo año de bachillerato.

3.1.1. Análisis de resultados generales.

Con la finalidad de tener una visión amplia de los resultados obtenidos en la batería de instrumentos psicológicos aplicados, se debe considerar los datos de la figura 5, que contiene sus respectivas puntuaciones, las mismas que se consideran de:

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

Sin embargo no en todos los instrumentos el puntaje significa lo mismo, es necesario aclarar que un puntaje puede significar protección o riesgo según la variable que mide como se aprecia en la figura 5.

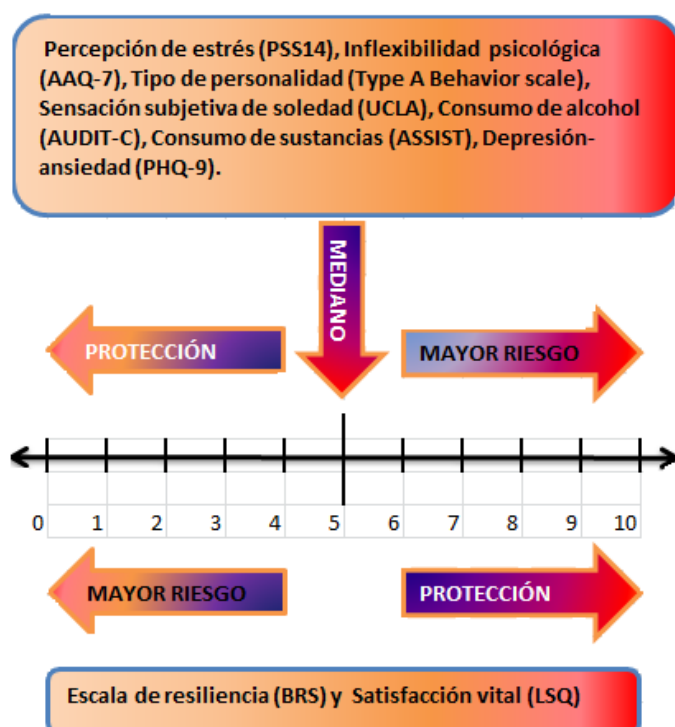


Figura 5. Puntuaciones de riesgo o protección según variables

Fuente: Adaptación de Manual de análisis de datos

Elaborado por: Jima (2015).

Con este precedente se presentan los resultados de manera general para su respectivo análisis individual por variables o instrumentos aplicados en la batería.

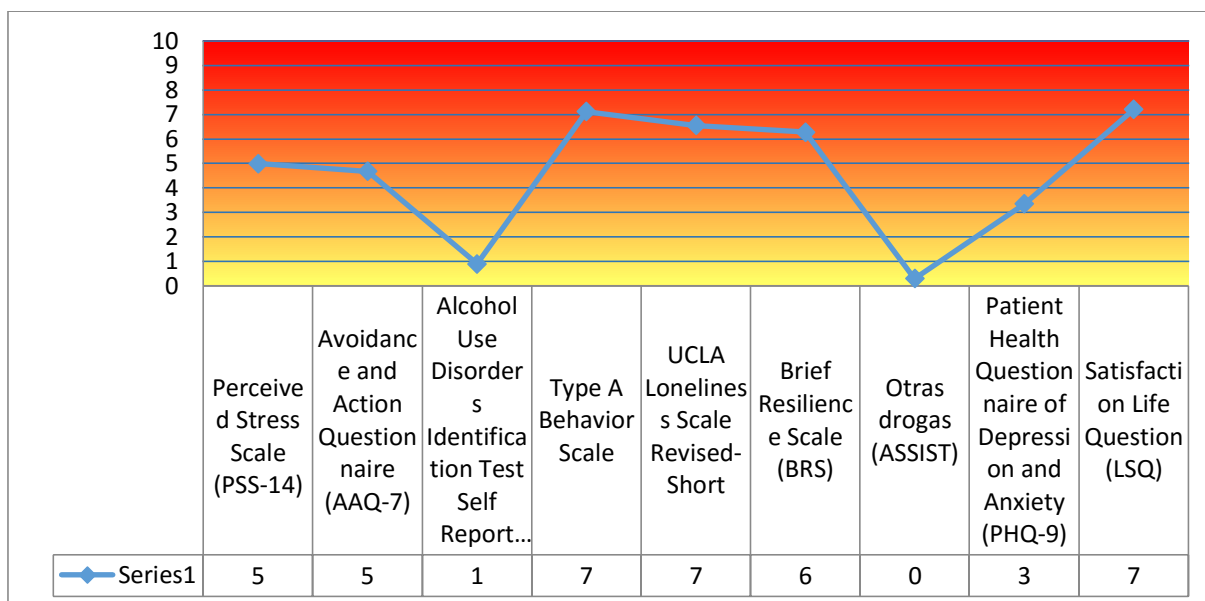


Figura 6. Resultados generales estandarizados de la batería aplicada

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la figura 6 las variables investigadas en los instrumentos psicológicos aplicados como: el consumo de drogas, alcohol y depresión –ansiedad, puntúan desde 0 a 3 respectivamente, lo cual está por debajo de la media, significando que son variables protectoras y a la vez son una fortaleza, por cuanto no presentan riesgos con el consumo de sustancias, depresión – ansiedad , sin embargo aunque las variables sobre la resiliencia tienen calificación de 6 y la satisfacción vital puntúa 7, están por encima de la media estas variables al contrario de las anteriores con dichos valores se convierten en variables protectoras por indicar el alto nivel de capacidad para sobrellevar los problemas y la satisfacción vital alta, así mismo esta última variable es la más sobresaliente.

Tabla 8. Frecuencia de la escala de satisfacción vital (LSQ)

Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10
0	0	0	1	0	9	8	4	9	9	4

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La tabla 8, claramente muestra que igual número de personas: 9 califican con 5 puntos, 9 califican con 8 y otras 9 personas con 9 puntos, dando un total de 27 estudiantes los que perciben su calidad de vida entre neutral y satisfactoria.

Sin embargo en los instrumentos para medir: Percepción del estrés actual (PSS-14), Flexibilidad /inflexibilidad psicológica (AAQ-7), Personalidad (Type A Behavior Scale), Apoyo social - emocional (UCLA), proporcionan datos preocupantes por el riesgo que representan las puntuaciones obtenidas en dichos instrumentos que van de 5 hasta 7 puntos.

Por consiguiente es pertinente profundizar en los factores de riesgo de manera individual, siendo así se comenzó analizando la PSS-14:

Tabla 9. Frecuencia de la escala de percepción de estrés actual (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	5	11	19	7	2
2	3	13	18	7	3
3	4	4	11	19	6
4	2	8	21	9	4
5	3	8	16	11	6
6	2	5	18	12	7
7	2	4	19	14	5
8	3	13	17	9	2
9	2	3	23	13	3
10	4	7	23	7	3
11	2	8	21	7	6
12	0	4	8	20	12
13	1	5	16	17	5
14	3	13	17	7	4
TOTAL	36	106	247	159	68

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se comprueba en la tabla 9, que de la muestra investigada son 23 estudiantes los que manifiestan en el último mes, que de vez en cuando han sentido que han podido controlar las dificultades de la vida y que tenían todo bajo control, sin embargo también se nota que muy a menudo piensan en lo que les queda por hacer.

Igualmente con 5 puntos como se muestra en la escala de la figura 6, la variable de flexibilidad/ inflexibilidad psicológica (AAQ-7), particularmente presenta la siguiente frecuencia:

Tabla 10. Frecuencia de la escala de flexibilidad/inflexibilidad psicológica (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	10	11	5	10	3	4	1
2	7	11	3	9	4	4	6
3	5	11	7	11	2	3	5
4	9	15	6	6	1	5	2
5	8	7	6	11	2	7	3
6	15	13	2	3	5	4	2
7	6	12	5	8	7	4	2
TOTAL	60	80	34	58	24	31	21

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a los resultados constantes en la tabla 10, la mayor frecuencia fue de 15 personas, expresan que muy raramente los recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena y creen que nunca la mayoría de la gente lleva su vida mejor que la de ellos.

Posteriormente se encuentran las variables de: Personalidad (Type A Behavior Scale) y apoyo social-emocional (UCLA) con 7 puntos estableciéndose como las de mayor riesgo.

Tabla 12. Frecuencia de la escala de personalidad (Comportamiento tipo A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	18	15	10	1

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	14	21	7	2
3	9	21	10	4
4	9	12	15	8
5	9	21	7	7
6	14	22	6	2
TOTAL	73	112	55	24

Reactivo	Si	No
7	38	6
8	37	7
9	39	5
10	33	11
TOTAL	147	29

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En primer lugar con respecto a la variable de personalidad, en la tabla 12, se verifica que de los 44 adolescentes investigados, 39 si se han sentido alguna vez inseguros, incómodos e insatisfechos con su nivel de rendimiento académico, 22 de vez en cuando se sienten muy presionados por el tiempo y 18 se ubican en tener el deseo de sobresalir y ser los mejores en la mayor parte de las cosas.

Dentro del mismo nivel de riesgo se encuentra la sensación de apoyo social- emocional con las frecuencias se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 13. Frecuencia del apoyo social-emocional (UCLA)

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	2	14	25	3
2	3	14	21	6
3	8	16	17	3
4	6	13	21	4
5	1	7	23	13
6	2	16	21	5
7	12	19	13	0
8	4	19	15	6
9	2	10	15	17
10	0	9	21	14
11	9	18	14	3
12	11	20	9	4
13	0	13	21	10
14	11	21	12	0
15	4	11	23	6
16	1	18	17	8
17	6	13	17	8
18	3	20	16	5
19	1	11	21	11
20	1	15	17	11
TOTAL	87	297	359	137

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Analizando la variable sobre el apoyo social - emocional en la tabla 13, son 25 estudiantes los que a veces sienten que la gente que los rodea los entiende, este factor es importante porque es un precedente a considerar por relacionarse con la depresión.

3.1.2. Análisis de resultados respecto al género femenino.

En este apartado se desarrolla el análisis de los resultados obtenidos en la batería de instrumentos psicológicos aplicados enfocados a la muestra femenina investigada se debe considerar los datos de la figura 6, que contiene sus respectivas puntuaciones, las mismas que se consideran de:

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

Siendo así se presenta los resultados únicamente en relación al género femenino de las variables o instrumentos aplicados en la batería.

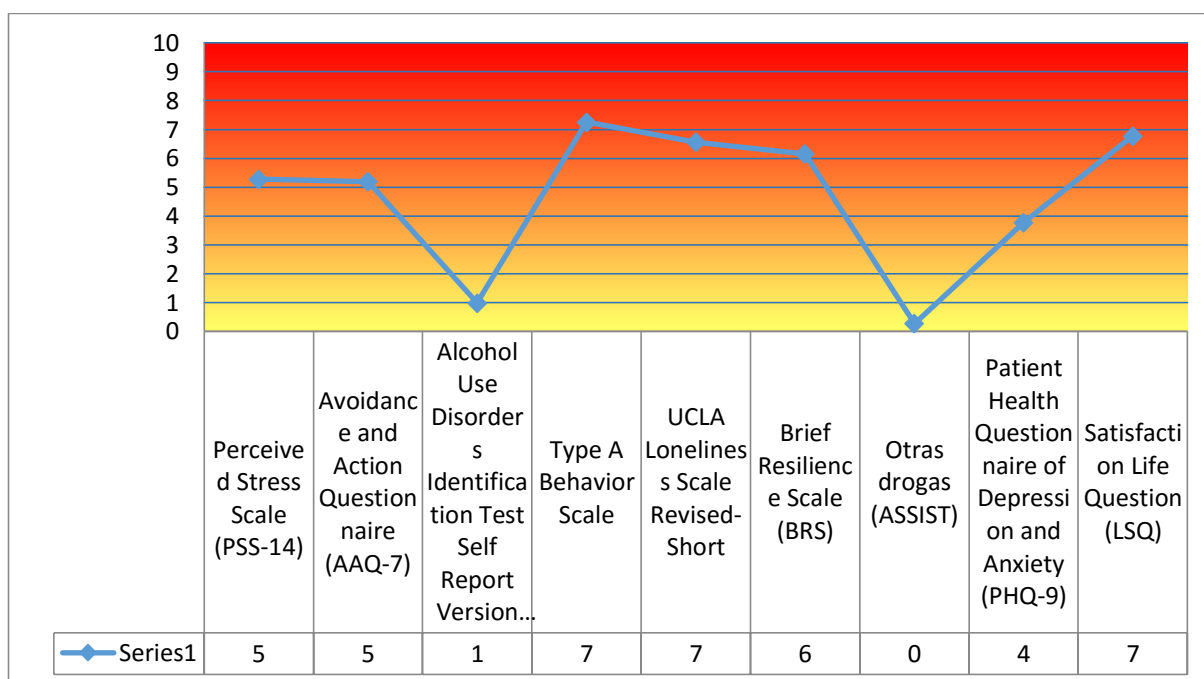


Figura 7. Resultados estandarizados de la batería aplicada género femenino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la figura 7, con respecto a las variables que se consideran protectoras en las mujeres se encuentran las asociadas al consumo de drogas con una puntuación de 0, uso de alcohol con 1, depresión –ansiedad con 4, resiliencia 6 y la satisfacción vital con 7 puntos, lo cual significa que no presentan problemas con uso indebido de alcohol y drogas, a la vez que presentan un nivel bajo en lo que se refiere a la depresión- ansiedad, han desarrollado la capacidad de sobrellevar los problemas de la vida con la resiliencia , además se sienten

satisfechas en la vida, aunque si se analiza de manera individual la satisfacción vital como se presenta en la tabla 14, se revela lo siguiente:

Tabla 14. Frecuencia de la escala de satisfacción vital- género femenino (LSQ)

Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10
0	0	0	1	0	8	6	4	5	7	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Es decir, si bien la mayor parte de las mujeres se encuentran satisfechas, existe una que se encuentra en riesgo por la puntuación de 3, manifestando su insatisfacción.

Por otro lado las variables que se encuentran según la figura 7, en un nivel medio son: la percepción del estrés, flexibilidad psicológica con 5 puntos.

Tabla 15. Frecuencia de la escala de percepción de estrés actual-género femenino (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	3	8	14	5	1
2	1	9	13	6	2
3	4	2	5	14	6
4	1	6	16	7	1
5	3	8	12	7	1
6	2	3	14	7	5
7	2	4	14	9	2
8	1	8	12	8	2
9	2	3	17	7	2
10	3	6	16	6	0
11	1	4	15	5	6
12	0	3	6	13	9
13	1	2	12	13	3
14	1	9	12	5	4
TOTAL	25	75	178	112	44

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Los resultados que se exponen en la tabla 15, calculan que 17 mujeres reconocen que de vez en cuando han podido controlar las dificultades de la vida.

En cuanto a la flexibilidad psicológica las frecuencias se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 16. Frecuencia de la escala de flexibilidad/inflexibilidad psicológica- género femenino (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	5	6	3	9	3	4	1
2	3	5	3	7	3	4	6
3	1	7	4	9	2	3	5
4	5	10	4	5	0	5	2
5	2	7	4	8	2	5	3
6	10	9	1	1	5	3	2
7	4	9	3	5	4	4	2
TOTAL	30	53	22	44	19	28	21

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La tabla 16, concerniente a la flexibilidad psicológica, muestra que 10 mujeres exponen que muy raramente los recuerdos dolorosos le impiden llevar una vida normal y en igual número de mujeres asiente que nunca parece que la mayoría de la gente lleva la vida mejor que la de ellas.

Mientras que las variables de mayor riesgo, contienen 7 puntos y corresponden las que miden: personalidad y apoyo social - emocional.

Tabla 17. Frecuencia de la escala de personalidad género femenino (Comportamiento tipo A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	13	10	7	1

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	12	12	6	1
3	7	12	9	3
4	6	9	9	7
5	6	16	4	5
6	12	14	4	1
TOTAL	44	59	35	17

Reactivo	Si	No
7	28	3
8	27	4
9	27	4
10	25	6
TOTAL	107	17

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 17, la variable de personalidad, confirma que de las 31 mujeres investigadas, 28 alguna vez si el trabajo/ estudio le han llevado al límite del agotamiento, 16 comen muy rápido y 13 tienen el deseo de sobresalir y ser las mejores en la mayor parte de las cosas.

De la misma manera las frecuencias en la escala de apoyo social – emocional que mide la sensación subjetiva de soledad son las siguientes:

Tabla 18. Frecuencia de la escala de apoyo social- emocional – género femenino (UCLA)

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	1	11	17	2
2	2	9	14	6
3	6	10	13	2
4	3	8	17	3
5	1	7	14	9
6	2	10	15	4
7	8	12	11	0
8	4	12	11	4
9	2	9	7	13
10	0	7	13	11
11	7	10	11	3
12	7	16	5	3
13	0	8	18	5
14	8	12	11	0
15	4	6	18	3
16	1	12	12	6
17	5	11	9	6
18	2	12	13	4
19	1	9	13	8
20	1	11	11	8
TOTAL	65	202	253	100

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Los datos proporcionados en la tabla 18, muestran que 18 de las mujeres sienten que a veces nadie les conoce realmente y también a veces encuentran compañía cuando lo desean.

Antes de terminar el análisis de las variables, es necesario considerar el consumo de sustancias y alcohol, porque se debe recordar que la edad de los investigados fluctúa entre 14 y 17 años por tanto es importante analizar con proyección a prevención y tratamiento, el siguiente apartado.

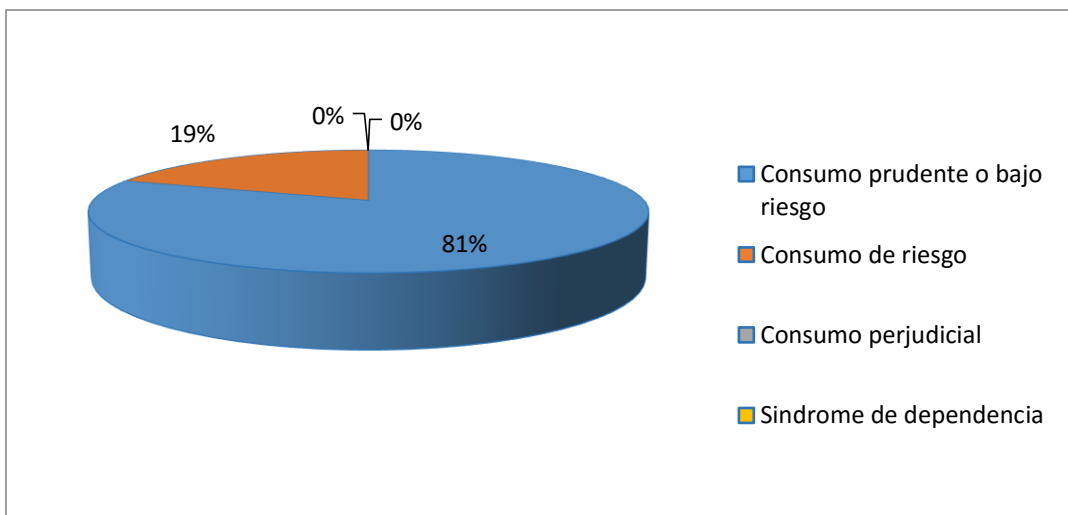


Figura 8. Resultados del test AUDIT, aplicado al género femenino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Aunque en la figura 8, se expone que las personas investigadas de sexo femenino, no presentan consumo perjudicial de alcohol, sí se percibe un 81% de consumo de bajo riesgo que es un porcentaje bastante elevado, además del 19% que se encuentran en un nivel de riesgo.

3.1.3. Análisis de resultados respecto al género masculino.

En este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos en la batería de instrumentos psicológicos aplicados enfocados a la muestra masculina investigada se debe considerar los datos de la figura 8, que contiene sus respectivas puntuaciones, las mismas que se consideran de:

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

Siendo así se presenta los resultados únicamente en relación al género masculino de las variables o instrumentos aplicados en la batería.

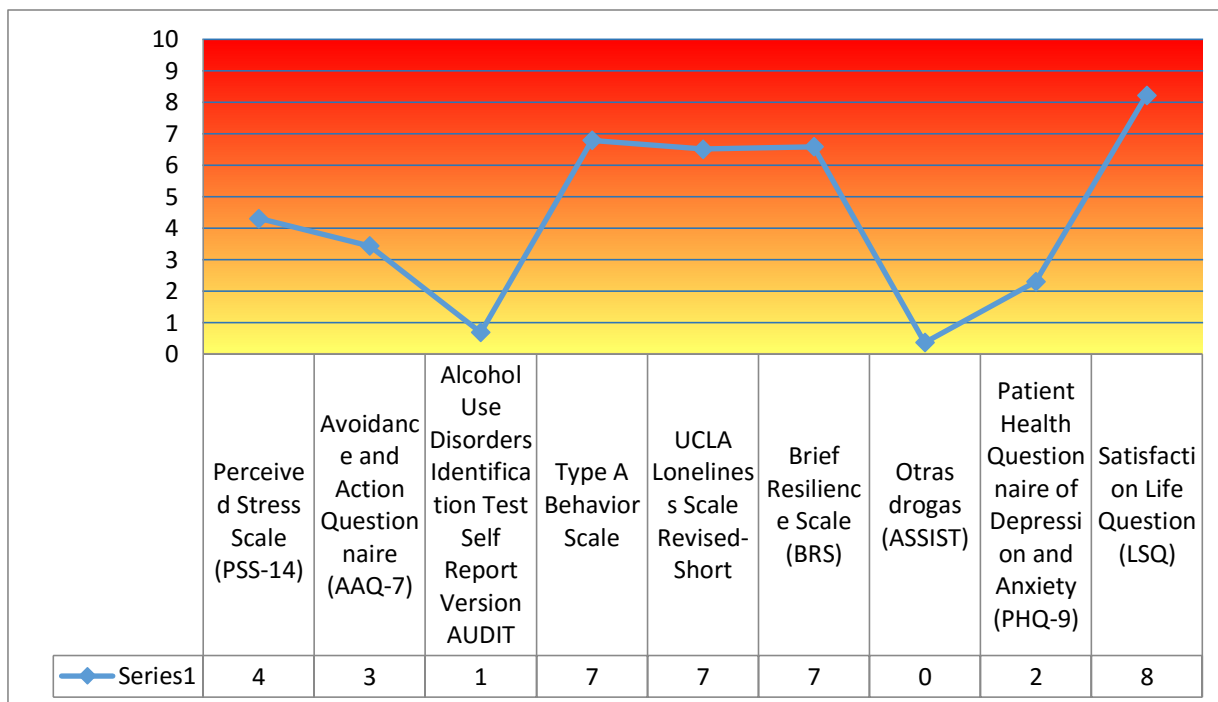


Figura 9. Resultados estandarizados de la batería aplicada género masculino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la figura 9 se observa que las variables protectoras en los hombres se encuentran las asociadas al consumo de drogas con una puntuación de 0, uso de alcohol con 1, depresión –ansiedad con 2, flexibilidad psicológica 3, percepción de estrés 4, resiliencia 7 y la satisfacción vital con 8 puntos, lo cual significa que no presentan problemas con uso indebido de sustancias sean drogas o alcohol, manifiestan flexibilidad psicológica, bajo nivel de depresión-ansiedad y percepción del estrés, a más de esto se sienten satisfechos en la vida.

En cambio las variables que representan riesgo en el caso de los hombres son: el de personalidad y el apoyo social - emocional con 7 puntos.

En lo que se refiere a la personalidad las frecuencias de manera general están bien definidas.

Tabla 19. Frecuencia de la escala de personalidad género masculino (Comportamiento tipo A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	5	5	3	0

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	2	9	1	1
3	2	9	1	1
4	3	3	6	1
5	3	5	3	2
6	2	8	2	1
TOTAL	17	39	16	6

Reactivo	Si	No
7	10	3
8	10	3
9	12	1
10	8	5
TOTAL	40	12

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En la tabla 19, se muestra que de los 13 hombres investigados, 12 manifiestan que sí se han sentido inseguros, incómodos e insatisfechos con su rendimiento académico; normalmente se han sentido presionados por el tiempo y de vez en cuando son exigentes y competitivos; así mismo manifiestan que manejan bastante y muy bien un fuerte deseo por sobresalir.

De igual manera tenemos en lo que constituye el apoyo social – emocional, los hombres en la cual presentan con claridad en que ámbitos la sienten.

Tabla 20. Frecuencia de la escala de apoyo social – emocional – género masculino (UCLA)

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	1	3	8	1
2	1	5	7	0
3	2	6	4	1
4	3	5	4	1
5	0	0	9	4
6	0	6	6	1
7	4	7	2	0
8	0	7	4	2
9	0	1	8	4
10	0	2	8	3
11	2	8	3	0
12	4	4	4	1
13	0	5	3	5
14	3	9	1	0
15	0	5	5	3
16	0	6	5	2
17	1	2	8	2
18	1	8	3	1
19	0	2	8	3
20	0	4	6	3
TOTAL	22	95	106	37

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Siendo así, en la tabla 20, se observa que de los 13 hombres investigados, son 9, es decir la mayoría los que a veces sienten que son parte de un grupo de amigos/amigas y rara vez se sienten aislados de los demás.

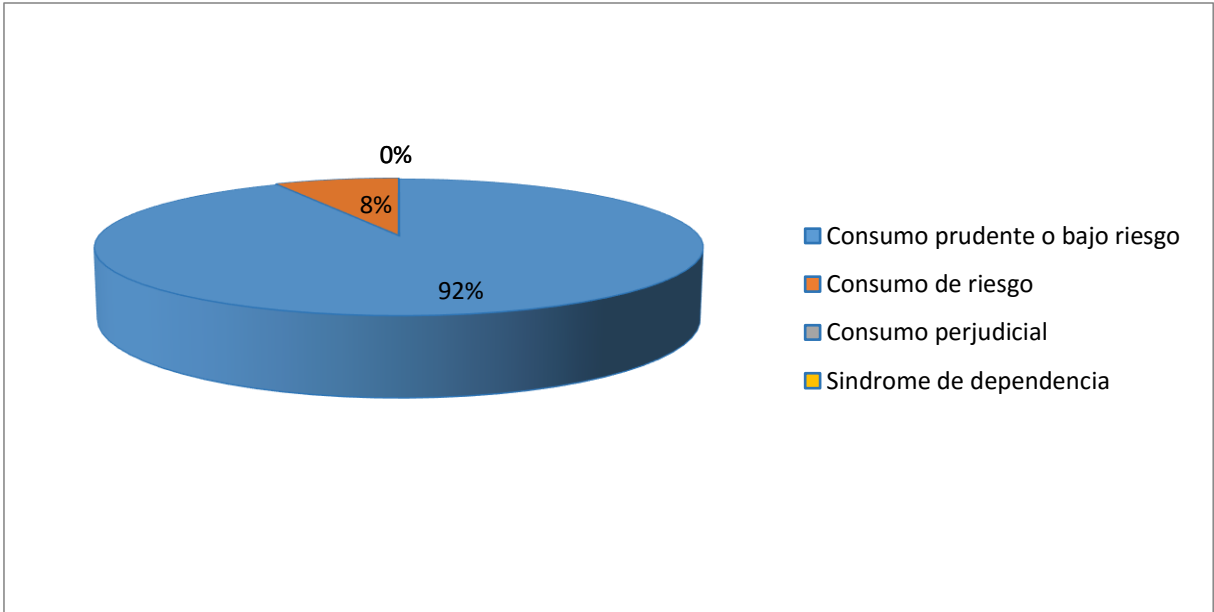


Figura 10. Resultados del test AUDIT, aplicado al género masculino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Aunque los niveles de consumo de alcohol no son de dependencia, ni perjudiciales, si se observa en la figura 10, que el 92% de los investigados que son de género masculino muestran prudente consumo de alcohol, y en muy bajo nivel de riesgo equivalente al 8%.

3.2. Discusión de los resultados obtenidos

El presente estudio tuvo como objetivo analizar variables psicosociales que se encuentran asociadas al consumo problemático de sustancias y que afectan la salud mental de los estudiantes; considerándose aspectos fundamentales tales como; género, edad y año de bachillerato, logrando identificar como las de mayor riesgo las de personalidad y de apoyo social - emocional. Por lo mismo se discutieron a continuación estos hallazgos.

Profundizando los resultados de la investigación, las variables que afectan la salud mental de los estudiantes de bachillerato en un número de 39 sobre 44 que corresponde a la población universal, es en relación a la personalidad tipo A, caracterizada por la tendencia a la competitividad, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado por la presión del tiempo impuesto por ellos mismos, que supondría mayor vulnerabilidad al estrés, además en el presente estudio los sujetos de investigación manifiestan sentir inseguridad, incomodidad e insatisfacción con su nivel de rendimiento académico, sin embargo el bajo desempeño académico es lo que realmente se convierte en el factor de riesgo como lo afirma Sikorski (1996), la insatisfacción por su parte también interviene en la salud mental y física, en diversos ámbitos como: desórdenes de conducta, embarazo adolescente, consumo de sustancias adictivas, la delincuencia y el desempleo. (Palacios & Andrade, 2007).

Por tanto la personalidad tipo A, presenta consecuencias a mediano y/o largo plazo, ya que el ritmo de actividad que lleva la persona, facilita el caer en la frustración al no lograr los objetivos planteados y de hecho esto afecta el estado de ánimo provocando hostilidad por lo que podría estar relacionado con el otro factor de riesgo que evalúa la sensación subjetiva de soledad interpretada como la percepción de poca disponibilidad para las relaciones significativas, concerniente al apoyo social - emocional.

De tal manera, el siguiente factor de riesgo es el relacionado al apoyo social emocional, en el cual 25 personas equivalente al 57%, es decir más de la mitad de los investigados, afirmaron que solo a veces se sienten que quienes les rodean los entienden, siendo una circunstancia preocupante, definitivamente afecta la salud mental y comparando el criterio de Carvajal & Caro (2009) que va más allá; asociándolo inclusive con morbilidad, que influye en la salud tanto física como mental, que conllevan a enfermedades cardiovasculares, trastornos de la alimentación, problemas de sueño, depresión, suicidio, abuso de alcohol y drogas, entre otros, asimismo ellos citan otros investigadores como Holmen & Cols que validan estos estudios ya que indican que un aumento en la mortalidad general estaría relacionado con el aislamiento social y éste a la soledad.

Igualmente Karnick asevera que la soledad es un problema, que ha sido negado como trastorno, aunque la presente investigación ratifica que requiere atención seria. (Carvajal Carrascal et al., 2009)

Por otro lado el hecho de que en satisfacción vital, analógicamente 27 la califican con 5, 8 y 9 puntos (9 investigados en cada pregunta) en una escala de 0 a 10, se demuestra que existe satisfacción con la vida aludiendo esta la predisposición al considerarse el alto puntaje en la variable resiliencia, entonces se validaría el estudio de Limonero, Sábado, Fernández, Gómez & Ardilla (2012), sobre la resiliencia y su relación con la satisfacción vital puesto que sus resultados igualmente revelan que a mayor resiliencia mayor satisfacción.

En concordancia con los resultados descritos anteriormente se confirma que en ambos géneros continúan siendo las variables de personalidad y apoyo social – emocional, las de mayor riesgo y la satisfacción junto con la resiliencia las de mayor protección. Así por ejemplo la soledad es un fenómeno multidimensional que puede variar en grados de intensidad, causas o circunstancias en que se presenta, pero no distingue entre edad, género, raza, nivel socioeconómico o estado civil (Carvajal et al., 2009).

No obstante es necesario distinguir este estudio de otros, debido a la naturaleza y su enfoque que se centra en relacionar variables psicosociales que afectan la salud mental y aquellas que tienen correlación con el consumo problemático de sustancias, aunque no se hayan suscitado como variables de alto riesgo, tampoco pueden ser descartados porque la UNODC (2014), propone que el consumo de sustancias puede tener lugar entre los 15 y 64 años de edad y la muestra investigada aún se encuentra en dichos parámetros.

En cuanto al género Mora, Natera & Juárez (2005) en su trabajo indican que los hombres bebían con mayor frecuencia en relación a las mujeres aunque ambos sexos tenían problemas por el consumo de alcohol, sin embargo en el presente estudio se puede verificar en las figuras 8 y 10, que por el contrario son las mujeres las que presentan un mayor porcentaje de riesgo con 19% mientras que los hombres tienen un 8% de consumo de riesgo por lo que se difiere con aquel estudio

Considerando este antecedente Castellanos (2015), redactora de diario El Comercio, cita el último informe de la situación regional del consumo de alcohol y salud en las Américas de la realizado por la Organización Panamericana de la Salud, en el cual se revela que el consumo de alcohol de las mujeres se triplicó y que históricamente los hombres antes consumían en mayores cantidades de alcohol, pero actualmente el consumo en las mujeres se ha incrementado debido a una serie de factores como son: cambios socioculturales y

campañas publicitarias. También cita a la Ps. Soledad Aguinaga que considera que este fenómeno se debe a la accebilidad y libertad por la igualdad de género, además de otros agentes como el estrés, la depresión y otras enfermedades que afectan tanto a hombres como a mujeres.

Estas causales son muy legítimas, sin embargo vale acotar hasta donde estás cifras demuestran la realidad que los adolescentes ecuatorianos de ambos géneros están viviendo en la actualidad, porque lamentablemente es escasa la investigación y se hace necesario crear una cultura en que las mujeres y los hombres a razón de igualdad valoren su rol en la sociedad y sean conscientes que la libertad conlleva responsabilidad.

CONCLUSIONES

- En la institución educativa participante los estudiantes del bachillerato encuestados cuentan con dos factores primordiales de protección asociados a la buena salud mental, por tanto la satisfacción vital y la resiliencia se convierten en variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental; la primera demuestra la percepción satisfactoria que tienen de la vida y la segunda variable denota la gran capacidad que tienen de sobrellevar los problemas de la vida cotidiana.
- Entre las variables de mayor riesgo y consideradas como predictores del consumo problemático de sustancias se definen: la personalidad y el apoyo social – emocional, tanto en hombres como en mujeres; afirmando que los han llevado al límite del agotamiento, existiendo inseguridad, incomodidad e insatisfacción en lo académico, a más del deseo de sobresalir y ser las mejores en la mayor parte de las cosas que realizan, como también la percepción de que no tienen compañía cuando lo necesitan
- No existen estudiantes en niveles perjudiciales o de dependencia en el consumo de sustancias, sin embargo de manera general 37 de los 44, equivalente al 84% de los encuestados, se encuentran en bajo riesgo y 7 estudiantes equivalente al 16% están en un nivel de riesgo.
- Existe una diferencia de casi el doble, en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, los primeros presentan el 8% en nivel de riesgo, en tanto que las segundas se encuentran con el 19% de nivel de riesgo.

RECOMENDACIONES

Posterior a la investigación se puede sugerir lo siguiente:

- Codificar indicando el sexo, edad y año de estudio, pero únicamente de los sujetos de investigación para dar un verdadero anonimato.
- Corroborar la validez de la variable referente a la satisfacción vital, con la finalidad de reducir la subjetividad para lo cual sería conveniente aplicar otro instrumento psicométrico más objetivo puesto que la pregunta de la tabla 11, es a mi criterio muy subjetiva y general.
- Capacitar y motivar a los docentes reconociendo la docencia como una vocación y que busquen estar actualizados en temas pertinentes al comportamiento y necesidades de los sujetos a tratar, en este caso los adolescentes de manera que les potencien sus habilidades y capacidades brindándoles las herramientas necesarias para su vida futura.
- Aprovechar las variables protectoras como la satisfacción vital y sobre todo la resiliencia para fomentar en los adolescentes la formación de grupos de apoyo/ayuda entre adolescentes y puedan superar o sobrellevar las circunstancias y problemas propios de la edad de manera saludable con la guía de algún maestro o profesional.
- Crear talleres para padres donde se puedan verificar los datos sociodemográficos de los estudiantes y realizar las respectivas orientaciones en particular sobre las variables de salud (tabla 2, del ítem 10-20), ya que en este trabajo no se los considero como variables predictoras de salud y son vitales ya que podrían estar relacionadas con la baja percepción de apoyo social – emocional y por tal ser las causantes de que los/as estudiantes manifiesten sentimientos de soledad que no les permite realizar un desempeño académico adecuado.
- Elaborar proyectos vinculados con actividades extracurriculares a fin de que los estudiantes, adolescentes cuenten con espacios para su sano desarrollo y socialización; los mismos que podrían ser evaluados al inicio y al final junto con otros compañeros no participantes, con el objetivo de evidenciar y evaluar si estos espacios se convierten en opciones para evitar o disminuir el consumo de sustancias o la sensación de soledad.
- Continuar participando en investigaciones de la misma índole, replicándolas constantemente, esta metodología ha sido exitosa en otros países para obtener datos actualizados y utilizarlos en la identificación, tratamiento e intervención de casos concretos, pero sobre todo en su control y prevención que beneficiarán al individuo como tal, ya que se trata de adolescentes cuyas generaciones estarán a cargo de mantener, construir o destruir la sociedad y porque no decirlo, a la humanidad.

Bibliografía

- Aliño Santiago, M., López Esquirol , J. R., & Navarro Fernández, R. (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol.22 N°1, 0-0.
- Andrade Quizhpe, L. I., Cuenca Puma , G. E., & León Campos, R. J. (s.f. de s.f. de 2015). Manual de aplicación de la Bateria de instrumentos del Proyecto de investigación. *Manual de aplicación de la Bateria de instrumentos del Proyecto de investigación*. Loja, Loja, Ecuador.
- Antona, A., Madrid, J., & Alaez , M. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*, Vol.23, N°84 enero-abril, 45-53.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (28 de Abril de 2015). *¿Qué es la Salud mental?* Obtenido de agifes: <http://www.agifes.org/es/enfermedad-mental/salud-mental>
- Barrón, A. (1997). Revisión de Libros. *Psicothema*, 457,458, 459. Obtenido de Apoyo social: <http://www.psicothema.com/pdf/116.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, N°77, 4.
- Bórquez Estefó, G., Bernier Villarroel, L., Besio Rollero, M., Montt Momberg , J., Fernando Novoa Sotta, F., Salas Ibarra, S., . . . Misseroni Raddatz , A. (2015). Reflexiones en torno al proyecto de ley (Boletín N° 9895-11) que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales. *Revista chilena de obstetría y ginecología*. Vol.80 , N°3, 199-207.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones Teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, Vol.3, N°3, 333-356.
- Buxarrais Estrada, M. R., Casas Aznar, F., Figuer Ramírez, C., González Carrasco, M., Tey Teijón, A., Noguera Pigem, E., & Rodríguez Rodríguez, J. M. (30 de Mayo de 2015). *Los valores y su influencia en la satisfacción vital de los adolescentes entre los 12 y los 16 años: estudio de algunos correlatos*. Obtenido de Apuntes de Psicología 2004,

Vol.22 número , págs. 3-23:

<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/38/40>

Carvajal Carrascal, G., & Caro Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan Vol. 9. N° 3*, 281-296.

Castellanos, G. (03 de 08 de 2015). Mujeres triplicaron la ingesta de alcohol en estos cinco años. *El Comercio*, pág. 1.

Castro , R., Campero , L., & Hernández, B. (28 de 05 de 2015). *La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos*. Obtenido de Rev. Saúde Pública vol. 31 no. 4 São Paulo Aug. 1997:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci_arttext

Casullo , M. M., & Castro Solano, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol.7, N° 2*, 129-140.

Cava, M. J., Musitu, G., & Murgui, s. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema, Vol.18, N°3*, 367-373.

Chavarría, M. P., & Barra, E. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia psicológica. Vol. 32. N°1*, 41-46.

Colussi, M. (31 de Agosto de 2013). *Resiliencia: Un concepto discutible*. Obtenido de Argenpress.info: <http://www.argenpress.info/2013/08/resiliencia-un-concepto-discutible.html>

Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología - Segunda edición*. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Cuartas Arias, J. M., & López Jaramillo, C. A. (2013). Probables interacciones entre el receptor de oxitocina (OXTR) y genes candidatos asociados a la psicopatía. *International Journal of Psychological Research, Vol.6 N° spe.*, 92-101.

Diccionario Enciclopédico Larousse Editorial, S. (s.f. de s.f. de 2009). *estrés*. Obtenido de The free Dictionary: <http://es.thefreedictionary.com/estr%C3%A9s>

Diccionario Manual de la Lengua Española Larousse Editorial, S. (s.f. de s.f. de 2007). *Estrés*. Obtenido de The free Dictionary: <http://es.thefreedictionary.com/estr%C3%A9s>

- Difusión Cultural de Fundación Teletón. (1 de Junio de 2015). *Las consecuencias de una mala decisión*. Obtenido de Salud 180. El estilo de vida saludable:
<http://www.salud180.com/jovenes/las-consecuencias-de-una-mala-decision>
- Durá, E., & Garcés, J. (s.f. de s.f. de s.f.). *Apoyo social*. Obtenido de La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos:
<file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelApoyoSocialYSusImplicacionesParaEIAjust-111762.pdf>
- Ecuador-Asamblea Constituyente. (s.f. de s.f. de 2008). *Constitución del Ecuador*. Obtenido de Asamblea Nacional:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: Consumo de Alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo N°84*, 9-17. Obtenido de
http://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Griffin2/publication/39154975_Adolescencia__consumo_de_alcohol_y_otras_drogas/links/0deec53754ce5d3a07000000.pdf
- Frontera Roura, E. A. (2009). Salud Mental y Bioética: Relación simbiótica. *Acta Bioethica*, Vol. 15, N°2, 139-147.
- García de Buen, J. M. (29 de Octubre de 2007). *Guía del Profesor*. Obtenido de Atención sanitaria inicial en situaciones de emergencia:
http://seor.biz/images/profesores/AR3_I_120_C_1/files/assets/basic-html/page27.html
- Germer, C. K. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Giró, J. (2011). Las amistades y el ocio de los adolescentes hijos de la inmigración. *Papers* Vol.96, N°1, 77-95. Obtenido de
<http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/view/228134/309846>
- Gómez - Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz- Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Panam Salud Pública*, Vol. 16, N°6, 378-386.
- Gonzales Portillo, J., Giraldo Giraldo, D. M., Román Ospina, A., Valencia Franco, C., & Zamora Miranda, L. V. (2014). Consumo de spa en adolescentes de sexo masculino judicializados bajo el sistema de responsabilidad penal de un Centro de atención especializado del Quindío. *Sinapsis-Revista de Investigación de la Escuela de Administración y Mercadotecnia del Quindío EAM* Vol.3, 162-171.

- González Barrón, R., Montoya Castilla , I., Casullo , M. M., & Bernabéu Verdú, J. (2002). Relaciones entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológicos en adolescentes. *Psicothema* 2002, Vol.14, N°2, 363-368.
- Grupo act (Acceptance and Commitment Therapy). (29 de Mayo de 2015). *ACT y el sufrimiento humano*. Obtenido de Grupo act: <http://grupoact.com.ar/act-y-el-sufrimiento-humano/>
- Guía de Práctica Clínica diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. (2010). *Catálogo Maestro de Guía de Prácticas Clínicas*. México: Secretaria de Salud, CENETEC.
- Gumucio, M. E. (1 de Junio de 2015). *Modulo I: Lección 2 Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la adolescencia*. Obtenido de Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>
- Herrán, O. F., Ardila, M. F., & Barba, D. M. (2008). Consumo problemático de alcohol en Bucaramanga, Colombia: diseño y validación de una prueba. *Biomédica* 28, 25-37.
- Iglesias, J. L. (2013, Marzo). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral Sepeap*, Vol. XVII, N°02, 88-93.
- Krauskopof, D. (02 de Junio de 2015). *El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios*. Obtenido de Adolescencia y Salud - Binasss: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ay/1n2/0517.html>
- La Nueva España www.lne.es. (24 de Marzo de 2015). Accidente de avión en Francia: El copiloto ocultó a la empresa que estaba de baja médica y en tratamiento psiquiátrico. *La Nueva España www.lne.es*, págs. <http://www.lne.es/espana/2015/03/24/avion-cubria-linea-barcelona-/1731843.html>.
- Limonero, J. T., Sábado, J. T., Fernández Castro, J., Gómez Romero, M. J., & Ardilla Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional; predictores de salud con la vida. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. Vol. 20, N° 1, 183-196.
- López Calva, M. (29 de Mayo de 2015). *Conocimiento y Compromiso Vital. Los Desafíos de la Ética Planetaria en la Práctica Profesional de la*. Obtenido de REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, vol. 9, núm. 2, 2011: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55119127003>

- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante- Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México Vol.45, Supl. 1, S132-S139.*
- Mangrulkar, L., Whitman, C., & Posner, M. (1 de Junio de 2015). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.* Obtenido de Organización Panamericana de la Salud 2001: [http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/Habilidades\(2001\)OMS,65p.pdf](http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/Habilidades(2001)OMS,65p.pdf)
- Ministerio de la Educación, Presidencia de la Nación. (31 de Mayo de 2015). *Prevención del consumo problemático de drogas desde el lugar del adulto en la Comunidad educativa.* Obtenido de Ministerio de la Educación, Presidencia de la Nación: http://www.consep.gob.ec/descargas/prevencion_consumo.pdf
- Mora-Ríos, J., Natera, G., & Juárez , F. (2005, abril). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental, Vol.28, Num.2, 92-90.*
- Moreno Alcantara , G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 9(1),93.*
- Moreno Ruíz, D., Estévez López, E., Murgui Pérez, S., & Musitu Ochoa, G. (11 de Marzo de 2009). *Reputación social y violencia relacional en adolescentes:el rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital.* Obtenido de Psicothema 2009. Vol. 21, nº 4, pp. 537-542: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8817/8681>
- Muñoz, A. (29 de Abril de 2015). *Personalidad.* Obtenido de Cepvi.com: <http://www.cepvi.com/personalidad2.shtml#.VWKKBUakLV0>
- National Institute of Mental Health. (25 de 07 de 2015). *¿Qué es la depresión?* Obtenido de NIMH: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (s.f. de s.f. de 2014). *UNODC.* Obtenido de Informe Mundial sobre las drogas 2014: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología, Vol.37, N°3, 209-223.*
- Orcasita Pineda, L. T., & Uribe Rodríguez, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en los adolescentes. *Psychologia: Avances de la disciplina. Vol. 4 N°2, 69-82.*

- Organización Mundial de la Salud. (22 de Julio de 1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York, Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f de Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (s.f. de Agosto de 2014). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Mayo de 2015). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización Mundial de la Salud. (28 de Julio de 2015). *Salud de los adolescentes*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. (s.f. de s.f. de 2004). *Salud mental*. Obtenido de Promoción de la Salud Mental, Conceptos, evidencia emergente, práctica:
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf,
http://issuu.com/cpcr_contactum/docs/contactum_ene-mar_2013
- Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (s.f. de s.f. de 1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo de España:
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Palacios Delgado, J. R., & Andrade Palos, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo Vol.7* , 5-16.
- Peña, M. (31 de Mayo de 2015). *7 causas de drogadicción*. Obtenido de Súper Salud 180:
<http://www.salud180.com/jovenes/7-causas-de-drogadiccion>
- Pérez Bilbao, J., & Martín Daza , F. (s.f. de s.f. de 1990). *El apoyo social*. Obtenido de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

- Pons Guerri, M. (2 de Junio de 2015). *Diccionario*. Obtenido de PsicoActiva.com:
http://www.p psicoactiva.com/diccio/diccio_o.htm#letra_p
- Psicólogos en Línea. (30 de Abril de 2015). *Definicion de personalidad: Conceptos de personalidad segun varios autores (Kotler, Allport, Freud y Eysenk)*. Obtenido de Psicólogos en Línea 2015: <https://psicologosenlinea.net/45-definicion-de-personalidad-conceptos-de-personalidad-segun-varios-autores-kotler-allport-freud-y-eysenk.html>
- Puerta H. , E., & Vásquez R., M. (16 de Octubre de 2012). *Concepto de Resiliencia*. Obtenido de CAMINOS PARA LA RESILIENCIA Volumen I, NRO.2:
http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/programas/previva/publicaciones/Resiliencia/Bolet%C3%ADn%20_Concepto%20de%20Resiliencia.pdf
- Real Academia Española 22.º edición. (s.f. de s.f. de 2012). *inflexibilidad*. Obtenido de Diccionario de la Lengua española: <http://lema.rae.es/drae/?val=inflexibilidad>
- Real Academia Española 22º , edición. (s.f. de s.f. de 2012). *Mente*. Obtenido de Diccionario de la Lengua española: <http://lema.rae.es/drae/?val=>
- Real Academia Española 22º, edición. (s.f. de s.f. de 2012). *Adolescencia* . Obtenido de Diccionario de la lengua española: <http://lema.rae.es/drae/?val=ADOLESCENTE>
- Real Academia Española 23.º edición. (s.f. de Octubre de 2014). *Resiliencia*. Obtenido de Diccionario de la Lengua española: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=resiliencia>
- Real Academia Española, 22º edición. (s.f. de s.f. de 2012). *Personalidad*. Obtenido de Diccionario de lengua española: <http://lema.rae.es/drae/?val=personalidad>
- Rementería, I. (2014). La función de utilidad del uso de las drogas y las culturas de su consumo. *Cuadernos médico sociales*, 54, 35-41.
- Reyes Sánchez, R. (s.f. de s.f. de 2009). *Streets*. Obtenido de Diccionario Crítico de Ciencias Sociales Terminología Científico - Social:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/index_b.html
- Rives Iñesta, E. (Junio de 2005, Junio). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales? *Acta Comportamental: Revista Latina de análisis del Comportamiento*, Vol.13, Nº 1, 37-52. Obtenido de Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento Vol.13 Nº1:
[file:///C:/Users/Usee/Downloads/14540-14897-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usee/Downloads/14540-14897-1-PB%20(1).pdf)

- Rodríguez Piaggio, A. M. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, Vol.26, No.80, 291-302.
- Rubín Martín, A. (02 de Junio de 2015). *50 frases de adolescencia*. Obtenido de LifeDer Psicología y Motivación: <http://lifeder.com/frases-de-adolescencia/>
- SENDA Ministerio del Interior y Seguridad Pública- Gobierno de Chile. (31 de Mayo de 2015). *Autodiagnóstico ¿Cómo sé si tengo problemas de consumo de alcohol u otras drogas?* Obtenido de Senda, Ministerio del Interior y Seguridad Pública: <http://www.senda.gob.cl/tratamiento/autorreporte/>
- Simkin, H., Etchezahar, E., & Ungaretti, J. (2012). Personalidad y autoestima desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *Hologramática - Facultad de Ciencias Sociales - UNLZ*, Vol. 2, N° 17, 171-193. Obtenido de http://www.researchgate.net/profile/Hugo_Simkin/publication/264348268_Personalidad_y_Autoestima_desde_el_modelo_y_la_teoría_de_los_Cinco_Factores/links/53d9a4960cf2631430c7d921.pdf
- Unidad Educativa Juan XXIII. (10 de julio de 2013). Proyecto Educativo Institucional. *Proyecto Educativo Institucional*. Yantzaza, Zamora Chinchipe, Ecuador.
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia -UNAD. (s.f. de s.f. de 2009). *Capítulo 1 Origen e historia del concepto "persona" y "personalidad"*. Obtenido de UNAD: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401518/401518_EXE/capitulo_1_origen_e_historia_del_concepto_persona_y_personalidad.html
- Universo Fórmulas. (17 de 07 de 2015). *Universo Fórmulas*. Obtenido de Muestreo casual o accidental: <http://www.universoformulas.com/estadistica/inferencia/muestreo-casual/>
- Valdivia , M., Silva , D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile*, Vol.143 , N°3, 320-328.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, Vol. 3, 87-116.
- Virues Elizondo, R. A. (25 de Mayo de 2015). *Estudio sobre ansiedad*. Obtenido de Revista Psicología Científica.com Vol.17-Año2015: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

Wong Miñan, F. (14 de 11 de 2012). *Personalidad conceptos y teoría*. Obtenido de Slideshare: <http://es.slideshare.net/JEMWONG/semana-1-ppt-de-clase-personalidad-conceptos-y-teora-fanny-jem-wong>

ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación para los Rectores/as



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 tesis.

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 a 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,


Mgta. Marina del Rocío Romero
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA


Mgs. Juan Espinoza Higuera
COORDINADOR DE LA TITULACIÓN
DE PSICOLOGÍA

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la Universidad de Investigación UTP
Director del Proyecto: Mgs. Lina Isabel Arévalo, linaia@utpl.edu.ec, Telf: 371444 Ext. 2611
Directora del Departamento de Psicología: M.D. Berta Vico Colque
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Juan Espinoza Higuera
Equipo Investigador: Aguilar M., Castro G., Díaz E., Guerrero S., Sánchez C., Serrano E., Ochoa M., Pineda N., Vivero B.

Anexo 2: Consentimiento informado a los Rectores/as



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.: 371.444, Ext. 2631.
Directora del Departamento de Psicología: ~~D.D.~~ Silvia Yara Gallegos
Coordinador de la Titulación de Psicología: ~~Mgs.~~ ~~Dgo~~ Espinosa Ugueta
Equipo Investigador: Aguirre N., Cuevas G., ~~Ujura~~ E., Guerrero S., E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Ybarra M.

Anexo 3: Consentimiento informado a los Padres de familia



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

Investigadora: Grupo de Investigación departamento de Psicología

Contactar: Mga. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371 444, Ext. 2631

Ciudad: _____

Introducción:

Su hijo/a ha sido invitado a participar en el presente estudio investigativo denominada: 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 completando 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 ANONIMO 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: [Mga. Livia Isabel Andrade](mailto:liandrade@utpl.edu.ec), liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.

Directora del Departamento de Psicología: [Dra. Silvia Yaca Gallegos](mailto:Silvia.Yaca@utpl.edu.ec)

Coordinador de la Titulación de Psicología: [Mg. Jorge Espinoza Riquelme](mailto:Espinoza@utpl.edu.ec)

Equipo Investigador: [Aguirre M.](mailto:Aguirre@utpl.edu.ec), [Cuenca G.](mailto:Cuenca@utpl.edu.ec), [Espinoza J.](mailto:Espinoza@utpl.edu.ec), [Guevara S.](mailto:Guevara@utpl.edu.ec), [E. Sánchez C.](mailto:Sanchez@utpl.edu.ec), [Ramirez R.](mailto:Ramirez@utpl.edu.ec), [Ortuneda M.](mailto:Ortuneda@utpl.edu.ec), [Pineda N.](mailto:Pineda@utpl.edu.ec), [Viranco M.](mailto:Viranco@utpl.edu.ec)

Anexo 4: Asentimiento informado 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.: 371444, 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 proporcionas 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: _____

Anexo 5: Instrumento aplicado



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA PARA ADOLESCENTES

Código

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:	_____ (años)				
3. Peso:	_____ (libras)		4. Altura:	_____ (cm)				
5. Nivel de estudios:	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} de bachillerato		<input type="checkbox"/> 2 ^o de bachillerato	<input type="checkbox"/> 3 ^{er} de bachillerato				
6. Tipo de establecimiento:	<input type="checkbox"/> Fiscal		<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:	<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo		<input type="checkbox"/> Estudiante y trabajador	Si su respuesta es estudia y trabaja. ¿Cuántos años viene trabajando? _____				
9. Zona donde vive:	<input type="checkbox"/> Urbano		<input type="checkbox"/> Rural					
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	Otros (especifique) _____		
11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?:	_____							
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?:	<input type="checkbox"/> Sí			<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, fuera del establecimiento.	<input type="checkbox"/> Es inferior a 30 minutos al día		<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de intensidad moderada (ej. caminar a paso rápido, bailar, tareas domésticas...)	<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de intensidad alta (ej. salir a correr, salir a la montaña, salidas en 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"/> Sí		<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"/> Sí			<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"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable	<input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Artritis o artrosis	<input type="checkbox"/> Tumores
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Otros problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Bruxismo (rechinar los dientes sin propósito)	<input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias (asma o bronquitis)	<input type="checkbox"/> Alergia
	<input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de atención o memoria	<input type="checkbox"/> Hiperactividad TDHA	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Obesidad		<input type="checkbox"/> Otras
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 invertir 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 quería.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Frecuentemente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre 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"/> Frecuentemente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre 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"/> Frecuentemente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Frecuentemente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Frecuentemente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre 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"/> Frecuentemente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre 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"/> Frecuentemente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre 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"/> Una vez al mes o menos.	<input type="checkbox"/> 2 a 4 veces al mes.	<input type="checkbox"/> 2 o 3 veces a la semana.	<input type="checkbox"/> 4 o 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 o 2	<input type="checkbox"/> 3 o 4	<input type="checkbox"/> 5 o 6.	<input type="checkbox"/> 7, 8 o 9	<input type="checkbox"/> 10 o más.
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 no pudo hacer 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 consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse 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"/> Sí, pero no en el curso del último año.	<input type="checkbox"/> Sí, 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"/> Sí, pero no en el curso del último año.	<input type="checkbox"/> Sí, 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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
8. ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
10. ¿Se siente molesto al esperar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

1. ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. ¿Con qué frecuencia sientes que no hay nadie que puedas pedir ayuda?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. ¿Con qué frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. ¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. ¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. ¿Con qué frecuencia sientes que tus intereses e ideas no son compartidos por quienes te rodean?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. ¿Con qué frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. ¿Con qué frecuencia te sientes excluido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. ¿Con qué frecuencia sientes que tus relaciones sociales no son significativas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. ¿Con qué frecuencia sientes que nadie te conoce realmente bien?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. ¿Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. ¿Con qué frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas que realmente te comprenden?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. ¿Con qué frecuencia te sientes tímido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. ¿Con qué frecuencia sientes que tienes personas alrededor, pero no están contigo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas con quien puedas hablar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. ¿Con qué frecuencia sientes que ha y personas con las que puedes contar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre

1. Tiendo a recuperar rápidamente después de momentos difíciles.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
2. Lo paso mal superando situaciones estresantes.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
3. No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
4. Para mí es difícil recuperarme cuando algo malo sucede.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
5. Normalmente paso momentos difíciles sin gran problema.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
6. Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en mi vida.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo

1. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido drogas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
2. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína (coca, crack, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido anfetaminas (speed, éxtasis, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
8. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario

1. Poco interés o agrado al hacer las cosas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
3. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
4. Se siente cansado o tiene poca energía.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
5. Tiene poco o excesivo apetito.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
6. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
7. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
8. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día
9. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Casi cada día

¿Cuál es el nivel de satisfacción con su vida en general?

Completamente insatisfecho (0)	(1)	(2)	(3)	(4)	Neutral (5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Completamente satisfecho (10)
--------------------------------	-----	-----	-----	-----	-------------	-----	-----	-----	-----	-------------------------------