



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 Primero y Segundo de Bachillerato en la Unidad Educativa de la Ciudad de Riobamba 2015

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Riaño Maldonado, Andrea

DIRECTORA: Erique Ortega, Elsa Nora, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA

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

Doctora

Elsa Nora Erique Ortega.

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 la Unidad Educativa “Vicente Anda Aguirre” de Riobamba 2015. Realizado por Andrea Riaño Maldonado, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, octubre de 2015

f) _____

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Andrea Riaño Maldonado declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de la Unidad Educativa “Vicente Anda Aguirre” de Riobamba 2015, de la Titulación de Psicología, siendo la Dra. Elsa Nora Erique Ortega directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f. _____

Autor: Andrea Riaño Maldonado

Cédula: 0604589754

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mis padres, quienes siempre me han acompañado en los momentos difíciles de mi vida. A mis hijos, por ser mi principal fuente de motivación. A Daysi Miriam Guzmán, Natalia Román y demás amigos a quienes siempre recordaré con mucho cariño. A los compañeros en este viaje de la vida que ya no están a mi lado, pero que me impulsaron a creer en este gran sueño.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja, por haberme aceptado para ser parte de ella, así como a todos los docentes que me guiaron en este largo proceso.

Agradezco también a mi Directora de Tesis, la Dra. Elsa Nora Erique Ortega por su paciencia y por todas las sugerencias realizadas.

Y para finalizar, agradezco a mis compañeros por haberme apoyado en todo momento, y por el cariño y amistad que siempre me brindaron.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE FIGURAS.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN EJECUTIVO.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 Salud Mental.....	4
1.1.1 Definición de salud mental.....	4
1.1.2 Factores asociados a la salud mental.....	5
1.1.3 Personalidad.....	7
1.1.3.1 Trastornos de personalidad.....	10
1.1.4 Estrés.....	13
1.1.5 Apoyo social.....	14
1.1.6 Inflexibilidad psicológica.....	15
1.1.7 Compromiso vital.....	16
1.1.8 Resiliencia.....	17
1.1.9 Ansiedad y Depresión.....	18
1.1.9.1 Ansiedad.....	18
1.1.9.2 Depresión.....	21

1.1.10 Satisfacción vital.....	25
1.2 Consumo de drogas.....	27
1.2.1 Consumo problemático de drogas.....	27
1.2.2 Consumo problemático del alcohol.....	29
1.2.3 Causas del consumo de drogas.....	30
1.2.4 Consecuencias del consumo de drogas.....	31
1.3 Adolescentes.....	37
1.3.1 Desarrollo biológico.....	37
1.3.2 Desarrollo social.....	38
1.3.3 Desarrollo psicológico.....	40
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	44
2.1 Objetivos.....	45
2.1.1 General.....	45
2.1.2 Específicos.....	45
2.1.3 Preguntas de la investigación.....	45
2.2 Diseño de Investigación.....	45
2.3 Contexto.....	45
2.4 Población.....	46
2.5 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.....	46
2.5.1 Métodos.....	46
2.5.1.1 Método descriptivo.....	46
2.5.1.2 Método estadístico.....	46
2.5.1.3 Transversal.....	46
2.6 Técnicas.....	46
2.7 Instrumentos.....	46
2.8 Procedimiento.....	49

2.9 Recursos.....	51
2.9.1 Talento humano.....	51
2.9.2 Recursos materiales.....	51
2.9.3 Recursos Institucionales.....	51
2.9.4 Recursos económicos.....	52
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS.....	53
3.1 Datos Psicosociales.....	54
3.2 Análisis de resultados generales.....	55
3.3 Análisis de resultados respecto al género femenino.....	60
3.4 Análisis de resultados respecto al género masculino.....	64
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	70
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	86
Anexo 1: Carta de presentación.....	87
Anexo 2: Consentimiento informado por parte del rector de la institución.....	88
Anexo 3: Consentimiento informado.....	89
Anexo 4: Asentimiento informado.....	90
Anexo 5: Instrumento aplicado.....	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sexo.....	52
Figura 2. Edad.....	52
Figura 3. Año de bachillerato.....	53
Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.....	53
Figura 5. Test de Audit.....	54
Figura 6. Figura de la batería con resultados estandarizados género femenino.....	58
Figura 7. Test de Audit género femenino.....	59
Figura 8. Figura de la batería con resultados estandarizados género masculino.....	62
Figura 9. Test de Audit género masculino.....	64

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia (Test AAQ-7).....	54
Tabla 2. Frecuencia (Type A).....	55
Tabla 3. Test UCLA.....	56
Tabla 4. Frecuencia (BRS).....	57
Tabla 5. Frecuencia (PHQ-9).....	57
Tabla 6. Frecuencia (LSQ).....	58
Tabla 7. Frecuencia (AAQ-7) género femenino.....	59
Tabla 8. Frecuencia (Type A) género femenino.....	60
Tabla 9. Test (UCLA) género femenino.....	61
Tabla 10. Frecuencia (BRS) género femenino.....	62
Tabla 11. Frecuencia (AAQ-7) género masculino.....	63
Tabla 12. Frecuencia (Type A) género masculino.....	64
Tabla 13. Test (UCLA) género masculino.....	65
Tabla 14. Frecuencia (BRS) género masculino.....	66
Tabla 15. Frecuencia (PHQ-9) género masculino.....	67
Tabla 16. Frecuencia (LSQ) género masculino.....	67

RESUMEN

La investigación se realizó sobre el “Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Unidad Educativa de la Ciudad de Riobamba 2015”, cuyo objetivo fue describir y analizar la distribución de variables, que tenían un impacto sobre esta comunidad. Los indicadores de criterio considerados de importancia fueron: estrés psicológico, apoyo social, estilos de afrontamiento, personalidad, resiliencia, ansiedad y depresión, consumo de sustancias y satisfacción vital. El diseño empleado fue el descriptivo, y los métodos elegidos fueron el estadístico, el descriptivo y el transversal. Se escogió una muestra de 54 estudiantes, de edades comprendidas entre los 14 y 17 años de edad, a los cuales se les aplicó una encuesta que contenía 12 instrumentos de evaluación psicológica, y como resultado se evidenció la presencia de algunas variables de riesgo, tales como la Personalidad Tipo A, la Percepción Subjetiva de Soledad, e Inflexibilidad Psicológica; y también algunas variables protectoras: como la Resiliencia y la Satisfacción vital. Además se pudo constatar que no existe un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

PALABRAS CLAVES: Salud mental, escolares, evaluación psicológica

ABSTRACT

The research was conducted on the "Analysis of the psychosocial variables associated with mental health in students of first and second degree from an educational unit of the city of Riobamba 2015", whose objective was to describe and analyze the distribution of variables, They had an impact on this community. The indicators considered important criteria were: psychological stress, social support, coping styles, personality, resilience, anxiety and depression, substance abuse and life satisfaction. The design was descriptive, and statistical methods chosen were the descriptive and transversal. A sample of 54 students, aged between 14 and 17 years of age, to which was applied a survey containing 12 instruments of psychological evaluation was chosen, and as a result the presence of some risk variables evidenced such as the Personality Type A, Subjective Perception of Soledad, and Psychological Inflexibility; and also some protective variables as resilience and life satisfaction. In addition it was found that there is no problematic use of psychoactive substances.

KEY WORDS: mental, school health, psychological evaluation

INTRODUCCIÓN

El tema de esta investigación es el “Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de una Unidad Educativa de la Ciudad de Riobamba 2015”, con el cual se pretende identificar las variables de riesgo asociadas a la salud mental de la población investigada, y al consumo problemático de sustancias psicoactivas en la misma.

Diversas fuentes evidencian el alto impacto de las enfermedades de salud mental, y el consumo de drogas a nivel regional. Según un informe de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], en el año 2011, Uruguay y Brasil se encuentran entre los ocho principales países consumidores de cocaína del mundo, con porcentajes del 2.1% de la población para el primero, y el 1,75% de la población para el segundo (ONU, 2014).

Además Suramérica, según la investigación “Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina”, realizada por la ONU en el año 2013, es el mayor aportante de droga, con Colombia a la cabeza, como el país donde más incautaciones de cocaína se realizan, con un 36% del total; y ocupa además el tercer puesto en incautaciones de marihuana con un 7%, precedido por México con el 25%. (ONU, 2014).

En el caso de Ecuador, en el año 2013, el INEC informa que en el año cerca de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol, de los cuales el 2.5% la población entre 12 y 18 años consume algún tipo de licor, el grupo de edad entre 19 y 24 años, el 12% y el grupo de 25 a 44 años, el 11,5%, correspondiendo el 89,7% a los hombres y el 10,3% a las mujeres. Estos resultados según el Ranking Bloomberg, sitúan al Ecuador en el sexto lugar en consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas, después de Argentina que ocupa el primer lugar, seguido por Uruguay, Paraguay, República Dominicana y Brasil (INEC, 2014).

Con respecto al consumo de drogas ilícitas, se ha determinado que entre 25 mil y 30 mil personas en el país las consumen, siendo la marihuana con un 23% la de mayor consumo, seguida de la cocaína con un 11,6%, éxtasis 8,4% y pasta base 6,1% (Cerón, 2012).

En relación al Cantón Riobamba, la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas de estudiantes de 12 a 17 años realizada en el año 2012 por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas [CONSEP] y el Observatorio Nacional de Drogas [OND], permite evidenciar que en relación al uso de alcohol, existe

un consumo ocasional del 20,37% con respecto al consumo de 20,56% a nivel nacional. Además de un 5,43% de uso regular a nivel local, frente al 7,03% a nivel nacional; un uso frecuente de 2,52% a nivel local, frente a la tasa nacional de 3,62% y un uso intenso local de 1,10%, frente al 2,03% nacional (CONSEP, 2012).

Con respecto al consumo de cigarrillo, se evidencia un consumo ocasional de 6,58% a nivel local frente al 5,24% a nivel nacional. Un uso regular del 1,75% a nivel local frente al 1,92 %nacional; uso frecuente de 1,75% a nivel local frente al 1,74% nacional y por último el 0,88% a nivel local frente al 1,16% nacional. Con respecto al consumo de sustancias ilícitas existe un uso experimental de la marihuana del 1,78% local frente al resultado nacional del 2,30%; un uso ocasional del 1,20% frente al nacional de 1,63%.; Un uso regular del 0,06% frente al resultado nacional de 0,29%. Un uso frecuente del 0,47% frente al nacional del 1,35% y un uso intenso del 0,22% frente al nacional 0,22% (CONSEP 2012).

Es así que dada la importancia de esta investigación, el informe se enfoca en tres grandes capítulos. El primero es el marco teórico en el cual se hace una revisión bibliográfica sobre la salud mental, y los factores asociados a esta; el consumo de drogas; y la adolescencia. En el segundo capítulo se realiza una descripción de los objetivos del trabajo, el contexto, la población, los métodos investigativos que han sido seleccionados: el descriptivo, estadístico y transversal; las técnicas e instrumentos aplicados; el procedimiento; y recursos. Y por último está el tercer capítulo, en el cual se realiza el análisis e interpretación de resultados.

La investigación revela, además la existencia de algunas variables de riesgo asociadas a la salud mental de la población, tales como la percepción subjetiva de soledad, la personalidad tipo A y en el caso de las mujeres la inflexibilidad psicológica. En el caso de las variables de protección existen básicamente dos de gran importancia: la resiliencia, y la satisfacción vital.

Es importante acotar, que se han cumplido los objetivos planteados, gracias al apoyo brindado por la Universidad Técnica Particular de Loja desde el comienzo de la investigación, y de la Unidad Educativa seleccionada.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Salud mental

1.1.1 Definición de salud mental

Para poder empezar a abordar este tema, se hace necesario recordar que la Salud Mental, no es simplemente la “ausencia de enfermedades mentales” (Elizondo, 2002, p. 179).

La salud mental, indica que una persona experimenta bienestar, que ella posee un equilibrio en su mente, equilibrio en sus emociones, en sus percepciones, pensamientos, en su forma de comprender el mundo que la rodea, gracias a que es poseedora de herramientas con las cuales hace frente a las diferentes situaciones de su vida, por difíciles que estas puedan ser (Elizondo, 2002, p. 179).

Existen por tanto, diferentes factores bio-psicosociales-espirituales que favorecen o afectan al estado de salud mental de una persona. A nivel personal, por ejemplo se pueden citar la baja autoestima, dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, limitaciones en las relaciones interpersonales, rechazo a las normas sociales y consumo de drogas psicoactivas; en el plano familiar, se puede hablar de la familia desunida, violencia intrafamiliar y mala comunicación; y algunos factores sociales como la pobreza, desempleo, marginación, hacinamiento, pocos espacios recreativos (Vargas, M, et al, 2006).

Con respecto al consumo de drogas, se dice que este suele ocurrir concurrentemente con otras enfermedades mentales. El abuso de drogas puede provocar la sintomatología de una enfermedad mental, como en el caso de la marihuana, que puede provocar psicosis; pero también los trastornos mentales pueden conducir al abuso de drogas, tal como sucede en los pacientes con ansiedad o depresión, quienes en muchas ocasiones dependen de algunas drogas psicoactivas para aliviar sus síntomas de forma temporal (Martínez, M, et al, 2002, p.259).

En relación al tema de salud mental, consumo de drogas y adolescencia, parece ser que *“una porción considerable de aquellos con un trastorno mental, también cumplen con los criterios para al menos otro trastorno mental, incluyendo el consumo de sustancias”* (Skogen, J, et al, 2015). Como ejemplo de esto se ha encontrado una relación del consumo de drogas con problemas asociados a los trastornos de conducta y trastorno de déficit de atención con hiperactividad, mientras que al parecer esta relación es menor con respecto a los trastornos de ansiedad (Skogen, J, et al, 2015).

1.1.2 Factores asociados a la salud mental

En un informe de la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014) se concluye, que alteraciones como los desequilibrios bioquímicos del cerebro, o factores genéticos (biológicos); las presiones socioeconómicas o niveles educativos bajos (sociológicos); y los rasgos de la personalidad des adaptativos (psicológicos), hacen a la persona vulnerable a sufrir desajustes mentales.

Sin embargo, parece ser que no es solo un factor sino la combinación de varios factores, sumada a la falta de factores de protección, lo que puede hacer que un individuo considerado como “mentalmente sano” pueda convertirse en un sujeto vulnerable, que luego puede experimentar un problema mental, y a la larga padecer un trastorno mental. (OMS, 2004).

En general, se puede hablar de algunos factores de riesgo y factores protectores de la salud mental.

Entre los factores de riesgo están algunos determinantes sociales, económicos, ambientales e individuales. Entre los determinantes socioeconómicos se pueden citar la guerra, la pobreza y la desigualdad. Existe un vínculo directo entre estos y el desencadenamiento de desajustes mentales. (Leal, 2002, p.81)

Por ejemplo se ha confirmado que existe una relación directa entre pobreza y depresión, o entre la guerra y el estrés post-traumático (PTSD), y entre el consumo frecuente de alcohol y la ansiedad o depresión. Otros ejemplos de los determinantes sociales, económicos y ambientales son: falta de educación, de transporte y de vivienda; desplazamiento; acceso a las drogas y el alcohol; rechazo de compañeros; desorganización de la vecindad; circunstancias sociales deficientes; nutrición deficiente; injusticia racial y discriminación; desventaja social; migración a áreas urbanas; estrés laboral; violencia y delincuencia y desempleo (Leal, 2002, p.81)

Con respecto a los determinantes de riesgo individuales, existen factores biológicos, factores relacionados con el contexto familiar, y factores psicológicos como los emocionales, de pensamiento y de conducta, y por último factores interpersonales. Existen algunos ejemplos, como el hecho de que un abuso sexual en la infancia desencadena en depresión en etapas posteriores de la vida; o de que la enfermedad mental que parece una persona es transmitida a generaciones posteriores, como en el caso de la esquizofrenia. Problemas de pareja pueden conducir en muchos casos a la

depresión de los padres, o de los hijos, o incluso resultar en un problema de alcoholismo de alguno de los implicados. (Leal, 2002, p.81)

Otros factores de riesgo individuales son: insomnio crónico, déficit de atención, fracaso académico, abandono, dolor crónico, embarazos tempranos, uso excesivo de sustancias, abuso a ancianos, exposición a la agresión, exposición a la violencia y trauma, conflicto familiar, soledad, bajo peso al nacer, enfermedad médica, complicaciones perinatales, pérdida personal o duelo, habilidades y hábitos de trabajo deficientes, discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos, discapacidades de lectura, incompetencia social, consumo de sustancias durante el embarazo y eventos de mucha tensión. (OMS, 2004, p. 21 – 24)

En constaste con lo anterior, se puede hablar de factores protectores como aquellos que reducen la probabilidad de desarrollar un problema mental, y que entonces “favorecen el desarrollo de los individuos o los grupos, contrarrestan los riesgos, y en muchos casos, reducen los efectos de circunstancias desfavorables”. Su naturaleza es biopsicosocial espiritual, pero para hacerlos más simple se puede hablar de ellos como externos o internos (Martínez, C, 2011).

Los factores de protección funcionan de diferentes maneras. Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] En primer lugar, algunos protegen al individuo de experimentar un factor de riesgo, tal es el caso del sujeto que tiene buenas habilidades sociales y puede hacer amigos fácilmente, entonces es menos propenso a experimentar aislamiento social; y en segundo lugar, pueden reducir el impacto de los factores de riesgo, como por ejemplo, cuando el padre de familia o el profesor, ayudan al estudiante a hacer frente a las dificultades que se le presentan (OPS, 2006).

Algunos factores de protección personales son: temperamento fácil, resiliencia, buenas habilidades sociales y emocionales, buen apego hacia sus cuidadores, visión optimista de la vida, buen estado de salud, buena autoimagen (OPS, 2006).

Otros factores externos son: la armonía y estabilidad familiar, consistencia de los límites, fuertes valores familiares, crianza de apoyo, clima escolar positivo, sentido de pertenencia y conexión entre la familia y la escuela, soporte disponible en los momentos críticos de la vida, participación en las redes comunitarias, seguridad económica, acceso a los servicios de apoyo, fuerte identidad cultural (OPS, 2006)

Con relación a la adolescencia, se han citado algunos factores de riesgo y de protección. Entre los factores de riesgo están: género femenino, inflexibilidad mental, baja autoestima, síntomas depresivos, apego inseguro, pocas habilidades sociales,

necesidad extrema de aprobación y apoyo social, desórdenes de conducta, timidez, consumo de sustancias psicoactivas, comportamiento antisocial, lesión craneal, depresión de los padres, conflictos entre padres e hijos, mala crianza, abuso/ maltrato infantil, divorcio, padres con ansiedad, conflictos familiares, rechazo de los compañeros, rendimiento académico deficiente, pobreza, acontecimientos traumáticos a nivel comunitario, violencia escolar y asociación con compañeros que consumen drogas (OPS, 2006)

Con respecto a los géneros, se sabe que la población femenina tiene un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, a causa de factores hormonales, genéticos, pero también factores sociales como el hecho de sufrir violencia doméstica, o la sobrecarga laboral, o los estereotipos impuestos por la sociedad, en la cual a las mujeres se les educa para ser “de” y para “otros”, no para sí misma (OPS, 2006)

Entre los factores protectores en la adolescencia se encuentran: desarrollo físico positivo, el logro académico, alta autoestima, autorregulación emocional, buenas habilidades de afrontamiento, habilidades para resolver problemas, compromisos y conexiones con la escuela, compañeros, religión y cultura. Además la familia ofrece estructura, límites, supervisión, apoyo, expectativas claras de comportamientos y valores. Presencia de mentores, oportunidades para la participación dentro de la escuela y comunidad, normas positivas y expectativas claras de comportamiento (OPS, 2006)

1.1.3 Personalidad

Según, Quintanilla (2003) la personalidad es un término empleado para referirse al “estilo *distintivo que tiene una persona, o a un patrón de pensamiento, emociones, adaptaciones y conducta*” (p.72). Este estilo distintivo está constituido por las tendencias permanentes de cada persona, que le hacen diferente a otro individuo, y que le llevan a actuar de cierta manera. Este término abarca lo que conocemos como rasgos, carácter, temperamento, actitudes, valores, etc. Que dependen de cierta manera del aprendizaje del individuo desde el nacimiento (Quintanilla, 2003, p. 81).

Se han realizado intentos de tipificación de la personalidad, sin embargo todos han desembocado en la conclusión de que es imposible hacerlo pues nunca habrá dos personas iguales. Sin embargo existen ciertos rasgos o disposiciones de los individuos que son consideradas como dimensiones continuas, y que permiten describirlos. Además se ha determinado que estos rasgos pueden ser compartidos por otros individuos, por ejemplo, “puede haber varias personas ordenadas, otras tímidas, otras arriesgadas, etcétera” (Quintanilla, 2003, p. 81).

Desde la época de los griegos, se han realizado varias tipologías de la personalidad. *“Es así que se han formulado tipologías de la constitución (asténico-pícnico, endomorfo, ectomorfo), del carácter (apáticos, afectivos, intelectuales; sensitivos, activos; introvertidos, extrovertidos) y del temperamento (vascular, muscular, nervioso; somatotónico, viscerotónico y cerebrótico)”*. (Andrés, 2008, p.75).

“La realidad actual es que con la dimensionalización y sustitución de los tipos por los rasgos, cada vez son menos utilizados” (Andrés, 2008, p.75).

Más recientemente, Myers, basado en la tipología de Jung, describe 16 tipos de personalidad, como resultado de la combinación de *“dos formas de percibir (sensaciones e intuiciones), dos formas de juzgar (pensar y sentir), dos formas de relacionarse con los demás (introversión y extraversión), y dos formas de relacionarse con el ambiente externo al individuo (juicio y percepción)”* (Andrés, 2008, p.75).

Cada ser humano es un mundo distinto, con características positivas y negativas de su personalidad. Una personalidad normal, por lo tanto sería una en la cual los rasgos positivos o negativos pueden permitir al sujeto llevar una vida normal, una vida libre, espontánea en la cual el individuo se siente capaz de afrontar las diferentes situaciones de su vida, y por lo tanto se siente seguro de sí mismo. Al contrario, una personalidad anormal, sería aquella en la que los rasgos de un individuo ocasionan sufrimiento para él mismo y para los demás, e impiden que él viva con independencia y autonomía. *“La diferencia está en la “compulsividad”, es decir, su puesta en juego en forma inflexible en circunstancias en que resulta no efectivo o inapropiado”* (Quintanilla, 2003. p 83).

Existe por lo tanto una relación entre diversas enfermedades y tipos de personalidad, la misma que ha sido descrita por algunos autores como: Personalidad Tipo A (Friedman y Rosenman, 1959), Personalidad Tipo B (Friedman y Rosenman, 1959), Personalidad Tipo C (Morris y Greer, 1980) y Personalidad tipo D (Denollet y Brutsaert, 1997/8) (Sabán, 2009. P 575)

Con respecto a los perfiles de personalidad, Tipo A y B los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman, establecieron una tipología, de acuerdo a diferentes patrones de conducta. Estos son: los rasgos de personalidad, las actitudes, conductas, creencias, y con ellos la respectiva activación fisiológica (Myers, 2006. p 539).

1. Personalidad Tipo A:

Los sujetos que presentan este tipo de personalidad en general son agresivos, ansiosos, hiperactivos, ambiciosos y competitivos. En general estas personas, viven estresadas, trabajan durante muchas horas, y son malhumorados. Estas personas son más

propensas que las demás a sufrir enfermedades cardíacas, especialmente ataques de corazón (Myers, 2006. P 540).

2. Personalidad Tipo B:

Estas personas son tranquilas, calmadas, y en general se llevan bien con las otras personas. No se impacientan por no poder alcanzar rápidamente sus metas, por lo tanto se dice de ellas que no son “grandes negociantes”. En general se dice de estas personas que son “saludables” (Myers, 2006. P 540).

Con respecto a la personalidad tipo C, (Morris y Greer, 1980) se observan las siguientes características:

3. Personalidad Tipo C:

En general este tipo de personas suprimen sus emociones, especialmente la ira. Tienen dificultad para manejar las situaciones difíciles, por lo tanto son sumisas, es decir que se someten fácilmente a los deseos de otros (González, 2006. P 15)

Se puede decir que reprimen todo tipo de emociones negativas, pues intentan complacer a los demás, a costa incluso de ellas mismas. En ellas existe estas personas son serviciales y abnegadas y se niegan a sí mismas (González, 2006. P 15).

Estas personas son pasivas, indefensas, conformistas, complacientes, e inseguras. Existe una asociación entre las personas de esta tipología y en cáncer o enfermedades crónicas, tales como: reuma, infecciones, alergias, y afecciones cutáneas. (González, 2006. P 15)

4. El tipo de personalidad D:

Según (Denollet y Brutsaert, 1997/8), la característica principal de este tipo de personalidad es la angustia. Este tipo de personas experimenta tiende a mantenerse distanciado de los demás, e inhibe emociones y conductas negativas frente a los demás. Tiene escasas habilidades sociales y evita situaciones estresantes.

A menudo la persona se siente infeliz, insegura de sí misma, es pesimista, siempre está angustiado por algo, es de mal humor. Este tipo de personalidad está asociada a la depresión y ansiedad. La afectividad negativa y la inhibición social, producen trastornos cardiovasculares y estomacales (Castro, 2015, p. 65).

1.1.3.1 Trastornos de personalidad

Un trastorno de la personalidad generalmente es considerado a dos criterios: por un lado el criterio social, que es subjetivo y que considera que existe un trastorno cuando se genera sufrimiento para sí mismo y para los demás. Y por otro lado, el criterio estadístico que considera que existe una “normalidad” después de analizar los resultados de una muestra, y procesarlos.

En general toda persona que posee un trastorno de personalidad, sufre a causa de sus conductas y por su imposibilidad de transformarlas.

Con respecto a los trastornos de la personalidad, se puede establecer una categorización, a pesar de que esto representa algunas dificultades, pues como se ha visto, los seres humanos totalmente diferentes uno de los otros. Esta tipología debería evitarse en niños y en adolescentes, por carecer estos de una personalidad totalmente formada. En general existen tres categorías:

En el sistema DSM-III, continúa en el DSM-III-R y en el DSM- IV (como se citó en Jarne et al., 2006) existen tres grupos de trastornos de personalidad:

-GRUPO A: Incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Quienes lo padecen a menudo son calificados como extraños o excéntricos.

- En el trastorno paranoide se encuentra una actitud de desconfianza y suspicacia general. Las intenciones de los demás se interpretan como maliciosas. El paciente sospecha que se aprovecharán de él o le engañarán, por lo que le es difícil confiar en alguien. Alberga rencores y no olvida los insultos, injurias o desprecios. Vislumbra significados ocultos, degradantes o amenazadores en los hechos más inocentes. Estas características dificultan una relación profunda de confianza y amistad.(Jarne et al., 2006, p.175-178)
- En el trastorno esquizoide se observa un patrón general de distanciamiento o desconexión de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional. Esto se manifiesta en que estos individuos no desean ni gozan las relaciones personales. Prefieren las actividades solitarias y no disfrutan sus actividades. No tienen amigos íntimos ni personas de confianza, a excepción de sus familiares. No les importa lo que otros piensen de ellos. Se muestran fríos o distantes en su respuesta emocional. .(Jarne et al., 2006, p.178-181)
- En el trastorno esquizotípico se encuentra una capacidad reducida para las relaciones personales que producen malestar intenso, distorsiones cognitivas o perceptivas, y excentricidades en el comportamiento. Se observa un

pensamiento mágico y supersticioso. Este paciente cree en la clarividencia, telepatía o “sexto sentido”. Su lenguaje y pensamiento son raros: muy elaborados, vagos o estereotipados. Su comportamiento y apariencia son raros o excéntricos (se nota en su vestimenta, peinado, tipo de actividades preferidas). Tampoco tiene amigos íntimos. (Jarne et al., 2006, p.182-184).

-GRUPO B: Incluye los trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Las personas con estos trastornos a menudo parecen teatrales (dramáticas), emotivas y volubles. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas. Es avaro en sus gastos, rígido y obstinado. (Jarne et al., 2006, p.181)

- En el Trastorno de la personalidad antisocial, las personas no tienen en cuenta los sentimientos, propiedades, autoridad y respeto hacia los demás, en busca del propio beneficio. Esto puede incluir acciones violentas o agresivas que afectan o implican a otros individuos, sin un sentimiento de remordimiento ni culpabilidad por sus actos destructores.(Jarne et al., 2006, p.185-187)
- En el Trastorno límite, las personas presentan inestabilidad en la percepción de sí mismas y tienen dificultad para mantener relaciones estables. Los estados de ánimo también pueden ser inconstantes, pero jamás neutros, y su sentido de la realidad se percibe en “blanco y negro”. A menudo piensan que los cuidados en la infancia fueron insuficientes, por consiguiente buscan más atención de los demás en la etapa adulta. Esto lo logran manipulando a los demás, lo cual los hace a menudo sentirse vacíos, enojados y abandonados, sensación que puede llevarlos a un comportamiento desesperado e impulsivo. (Jarne et al., 2006, p.189-191)
- En el trastorno histriónico de la personalidad, las personas están muy preocupadas por su aspecto físico, y constantemente buscan atención y se comportan dramáticamente en situaciones que no justifican este tipo de reacción. Sus expresiones emocionales son consideradas superficiales y exageradas. (Jarne et al., 2006, p.196)
- En el trastorno narcisista de la personalidad, las personas presentan sentimientos exagerados de autovaloración y grandiosidad y superioridad en relación con los demás. Las personas con esta personalidad suelen explotar a las demás y son demasiado sensibles a las críticas, juicios de valor y fracasos.(Jarne et al., 2006, p. 197-200)

-GRUPO C: Trastornos de la personalidad ansiosa/inhibida: Se pueden citar en este grupo a las personas con Trastorno de la personalidad dependiente, Trastorno de la personalidad de evitación, y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. (Jarne et al., 2006, p.181)

- Trastorno de la personalidad dependiente: Las personas con este trastorno básicamente tienen dos características importantes. La primera de ellas, es que no toman decisiones importantes por ellos mismos, sino que permiten que otros sean los que las tomen. La segunda, es que dan más importancia a las demandas y necesidades de otros que a las propias (Sarason y Sarason, 2006, p.324)
- Trastorno de la personalidad por evitación. Este tipo de trastorno se caracteriza por que existe una hipersensibilidad al rechazo, acompañada de una inhibición social, con evitación de situaciones que puedan terminar siendo conflictivas. Esta reacción es impulsada por temor, sin embargo estas personas se sienten perturbadas por su propio aislamiento social, su propio retraimiento y su incapacidad para mantener vínculos interpersonales estrechos (Salazar, et al, 2010, p.198)
- Trastorno de la personalidad obsesiva – compulsiva: Las personas con este trastorno se muestran rígidas, son perfeccionistas y en algunas situaciones son consideradas como pedantes. Duda, por eso muestran dificultades para tomar decisiones. Se sienten incómodas en situaciones que están fuera de su control y como consecuencia de ello tienen dificultad para mantener relaciones interpersonales positivas y serias. (Bloye y Davies, 2000, p.23))

Existe un vínculo muy fuerte entre personalidad y salud mental. Una personalidad normal, permite al individuo adaptarse a la realidad, y responder a ella con todos sus recursos, proporcionándole así bienestar y satisfacción en su vida. Una personalidad saludable permite tener control de la propia vida, de esta manera gozará de: autoestima, resiliencia, sociabilidad, empatía, tolerancia, autocontrol, creatividad, responsabilidad, integración, deseo de superación, hábitos de vida saludable, y autonomía. (Cardenal y Sánchez, 2013, p.13)

“Se puede ser desdichado por muchas otras causas; y la desgracia no es en sí un trastorno psicológico”. (Fierro, 2004, p.10).

1.1.4 Estrés

“Esencialmente, el estrés es un conjunto de respuestas automáticas que nuestro cuerpo produce de forma natural ante situaciones que entiende como amenazantes, y ante las cuales la reacción más inmediata es situarnos en estado de alerta”. (Yámes, 2008, p.32).

“Algunas situaciones estresantes no representan un riesgo para el organismo, pero existen otras que se presentan a menudo tales como por ejemplo la muerte de un ser querido, o una sobrecarga laboral, etc”. (Sarason y Sarason, 2006, p.163)

En general se dice que el estrés se produce cuando un sujeto se somete a una demanda para la cual percibe que no tiene capacidades de afrontamiento. Por ejemplo, un divorcio, una situación económica difícil, o una presión laboral muy fuerte, que a la larga ocasionan un desgaste mental y físico con la disminución progresiva de recuperación. Este desgaste puede llegar a ocasionar enfermedades (González, 2006, p.8)

Cuando ocurren estas situaciones estresantes, en el organismo se presentan algunos cambios, que conducen a un desequilibrio en las función de los diferentes órganos, que de mantenerse ocasionar lesiones y enfermedades. Un ejemplo es el caso de algunos trabajadores que desarrollan una úlcera estomacal (Galán, et al., 2012, p. 35-37).

El proceso ocurre de la siguiente manera. Cuando ocurren algunos desafíos para el organismo, se activa un proceso denominado alostasis, que pretende lograr la homeostasis del organismo. Entonces cuando se experimenta miedo o ansiedad, se desencadenan una serie de reacciones fisiológicas que comprometen los diferentes sistemas: cardiovascular, inmunitario, etc...que se activan para reducir el agente agresor. Sin embargo esta carga puede aumentar ocasionando lesiones orgánicas (Ceberio, 2013, p.24).

Por ejemplo, el estrés, puede ocasionar una úlcera péptica, que se presente por la excesiva producción de ácidos por las paredes estomacales, que debilitan su mucosa, erosionándose y produciendo una herida abierta. (Melgosa, 1994, p.43)

Pero no solo el cuerpo sufre, sino también la mente. El estado de ánimo tiene cambios, y se ha demostrado que hay tres respuestas afectivas que cuando se sostienen en el tiempo causan enfermedades mentales. Estas respuestas son: la depresión, la euforia y la ansiedad, que con el tiempo pueden desencadenar una depresión, un trastorno bipolar o ansiedad, y sus manifestaciones: crisis de angustia,

trastorno por estrés postraumático, crisis de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo (Yámes 2008).

1.1.5 Apoyo social

Para poder abordar el tema del apoyo social, es necesario en primera instancia, hacer referencia del término redes sociales, esto porque los dos están enlazados. Las redes sociales, son una estructura, que sirve de soporte a todo individuo, y que tienen un impacto duradero en la vida del mismo. Estas están constituidas por las personas más significativas para un individuo, es decir, sus familiares, amigos, compañeros y conocidos (Madariaga et al, 2003, p.2).

Estas redes son dinámicas y abiertas y son emocionalmente significativas para los individuos que las conforman. En otras palabras, estas redes sociales “apoyan” al individuo y le permiten resolver de manera más fácil las situaciones difíciles de su vida. Para que esto sea posible es necesaria la “reciprocidad de los integrantes”. Los individuos deben estar en capacidad de dar, pero también de recibir la ayuda de los demás.

Wethington y Kessler (como se citó en Madariaga et al, 2003) definen el apoyo social como “la percepción hipotética que tiene una persona sobre sus recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo” Ello significa que el apoyo social es la “potencialidad” de una red social y brinda un bienestar, estabilidad y capacidad de provisión del futuro. (p.2)

Existen diferentes tipos de apoyo social, como el emocional, en el cual se dispensan cuidados, amor, confianza, empatía, y sin lugar a dudas es el más significativo. Está también el apoyo instrumental, que se refiere a las características físicas de la ayuda como el dinero, servicio de limpieza (Leymann, 2014).

También el apoyo informativo, En el cual se brinda información a alguien para que por sí mismo pueda solucionar problemas, y por último se encuentra el apoyo evaluativo, que también es informativo, pero en este caso es relevante para la autoevaluación positiva (Leymann, 2014).

El apoyo social es un recurso importante para el individuo, y tiene básicamente dos efectos: uno indirecto o buffer, el cual se presenta como amortiguador cuando una persona atraviesa por situaciones difíciles en su vida; y un efecto directo, pues cuando no existe un apoyo social para el individuo, este es propenso a sufrir en mayor medida de trastornos mentales (Vallejo, 2011, p.44).

1.1.6 Inflexibilidad psicológica

La mayoría de seres humanos tenemos ideas rígidas, tenemos una necesidad de tener siempre la razón; desde que nacemos, tenemos una tendencia de ordenar el mundo que nos rodean y cuando alguien rebate nuestros propios conceptos nos alteramos. Defendemos nuestros puntos de vista, y a veces ni escuchamos lo que dicen los otros (Willard, 2005, p.477)

Cuando más estrecha es la mente, menos oportunidades y formas de ver las cosas podemos tener. La “rigidez” mental característica de la mayoría de trastornos mentales, como el trastorno obsesivo – compulsivo, no es otra cosa que la incapacidad de transformar los comportamientos, incluso si este es beneficioso, ya que la mente es muy estrecha, como consecuencia de la incapacidad de la persona o de su falta de voluntad para evaluar los mismos. La persona con inflexibilidad se caracteriza por su incapacidad para adaptarse a las situaciones y para escuchar a otros, para abrir su mente a otras formas de pensamiento, para sentir empatía, o para alcanzar acuerdos, además es propensa a sentir ansiedad, y esto le genera múltiples malestares como dolores de cabeza, dolores musculares y disfunciones sexuales, entre otros. (Rodríguez, 2002, p.86)

Existe una fuerte conexión entre la inflexibilidad y entre la ira y ansiedad. La ira surge como un síntoma de la incapacidad de adaptación y de la poca tolerancia que se tiene cuando alguien contradice los principios personales que muchas veces son en extremo dogmáticos. (Ruiz, 2014, p. 100 -102)

Las obsesiones características del perfeccionismo que acompaña a la rigidez, hacen que las personas inflexibles, alcancen niveles de ansiedad muy altos, en muchos casos con molestas somatizaciones como: dolores corporales, disfunciones sexuales y cambios comportamentales. (Ruiz, 2014, p. 98)

1.1.7 Compromiso vital

El compromiso vital, es “un posicionamiento actitudinal ante el mundo y los otros” (Pinillos, J, 2005, p. 51), que en el tema que nos ocupa, implica un esfuerzo para participar activamente en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con enfermedades mentales, o consumo problemático de sustancias psicoactivas (OMS, 2004, P.14).

Como se ha visto la salud mental depende de “muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica” (OMS, 2004, P.14), es por esto que cuando una persona padece de algún desajuste, en realidad está somatizando algún problema

profundo que ocurre en el contexto en el que se desenvuelve. Por este motivo es necesario que todos los actores implicados procuren integrar y dar oportunidades para que el sujeto pueda salir adelante, para mejorar sus vidas y su bienestar. No solo es un derecho, sino que corresponde a todos hacer un mea culpa de la situación y en lugar de dar la espalda, como comúnmente se hace, pues es más fácil excluir a un individuo, que revisar un sistema, es precioso resolver los asuntos que atañen al sistema (CONSEP, 2013, p.21 -24).

La forma de resolver la problemática de la salud mental, consiste en abordarla de forma integral, comprendiendo el contexto, y evaluando las necesidades y recursos de los que se dispone para brindar los servicios que se requieran. No solo basta con querer ponerse en marcha, sino que hay que hacer un esfuerzo para comprender el fenómeno y participar en la construcción de las posibles soluciones. Esta apreciación no es hipotética, pues en la actualidad existen claros ejemplo de la importancia del apoyo colectivo con respecto al bienestar del individuo.

Se han demostrado claros vínculos entre la conducta antisocial y el suicidio. Se ha demostrado que cuando el entramado social está desintegrado aumenta la tasa de suicidios. Esto se demostró en los estudios de Shaw & McKay en 1942 (como se citó en OMS, 2004). De esto se puede deducir entonces, que cuanto mayor es la cohesión social y apoyo, menos problemáticas de salud mental existirán.

1.1.8 Resiliencia

Es la *“capacidad para afrontar las adversidades y para evadir el colapso nervioso cuando se producen factores nerviosos”* (OMS, 2004, p.22).

En otras palabras la resiliencia, es la “resistencia” que poseen algunos seres humanos, para afrontar las circunstancias adversas de la vida. Mientras que en situaciones difíciles, algunos sujetos pierden el control, ya sea reaccionando agresivamente o paralizándose, existen personas que son flexibles y tienen la capacidad de adaptarse a las diferentes situaciones que se presentan (Siebert, 2007, p.4).

Si bien la Resiliencia no es una capacidad innata (aunque ciertas tendencias del temperamento importantes para su desarrollo), sino adquirida a lo largo de la vida, se sabe que existen algunos factores que la posibilitan desde la infancia. Por supuesto los mismos pueden ser aprendidos por todos los seres humanos. Kalbermatter (2006), denomina a estos, como “factores de resiliencia”, y entre estos menciona los siguientes:

a) La empatía interpersonal y social: que consiste en ponerse en los zapatos del otro, sintonizándose con sus sentimientos, con sus necesidades y sus problemas, y

respondiendo de forma adecuada a sus reacciones emocionales. Esta capacidad le permite al individuo, crear lazos más fuertes con los seres que le rodean y así fortalece sus redes sociales (Urbano y Toledano, 2008, p.52)

b) Insight: que en relación a la resiliencia, significa que una persona está en la capacidad de comprender las situaciones difíciles de su vida, y que esta comprensión le lleva del dolor a la esperanza (Acero, 2008, p.158)

c) *Autonomía e iniciativa: “Esta característica le permite al individuo ser activo frente a las situaciones que enfrenta. Los resultados están relacionados con su capacidad para generar respuestas, y no quedan a merced de lo que pueda suceder”* (Kalbermatter, 2006). .

d) Enseñanza para la resolución de conflictos: ejercitándose con diferentes posibilidades de solución, respetándose a uno mismo, al otro y al medio (Gómez, et al, 2013, p.14)

e) Asertividad: Que se refiere a la capacidad de comunicación que manifiestan las personas, a través de la cual pueden enfrentarse a las diferentes situaciones de su vida, buscando beneficiar sus intereses, a través del respeto al otro, y manteniendo un equilibrio (Acosta, 2015, p.104)

f) Independencia: Que con respecto a la resiliencia significa la capacidad que tiene una persona para tomar distancia ya sea física o emocional de otra, o de una situación que se presenta que ocasiona dolor y perturbación. De igual manera es la capacidad de alejarse de las situaciones que son de riesgo para el individuo (Puig y Rubio, 2011, p. 102)

g) Experiencias positivas en las actividades participativas: En general las actividades grupales ayudan a identificar las destrezas y debilidades de los individuos, buscando potenciar las primeras. Existe una relación de reciprocidad en los individuos (Gonzales y Guinart, 2011, p. 173).

h) Ocupación del tiempo libre de forma positiva, y pertenencia a grupos saludables (Kalbermatter, 2006).

i) Planificación de las situaciones que se presentan, creatividad, autocuidado de la salud, ideología personal, espiritualidad y moral; todo esto con el objetivo de lograr que el individuo pueda adaptarse a las situaciones adversas que se presentan (Moreno, 2002, p.26)

1.1.9 Ansiedad y Depresión

Los trastornos emocionales, se encuentran entre los principales contribuyentes a generar enfermedad y discapacidad en la actualidad. Entre estos están la depresión y la ansiedad, siendo considerada la primera por la OMS, como la que se presenta con más frecuencia en la población. Ninguna de las dos distingue entre razas, sexos o clases sociales.

1.1.9.1 La ansiedad

“La ansiedad es una tensión generada por un agente considerado como amenazante por el individuo, y que desencadena una reacción en la cual participan todos los órganos del cuerpo.” (Trickett, S, 2009).

La ansiedad según el origen de la amenaza, puede ser interna (dentro del individuo), externa, de juez y jurado (juicio interno), o generalizada (Alonso, 2008, p.177)

“Cuando la ansiedad se prolonga en el tiempo, las personas experimentan el Síndrome General de Adaptación (S.G.A) que se desarrolla en tres etapas: Reacción de Alarma, Resistencia y Agotamiento” (Pérez y López, 2005, p.18)

La reacción de alarma tiene por objeto movilizar los recursos energéticos del organismo, lo cual se consigue a través de la activación del sistema nervioso simpático y la medula adrenal, con lo cual se produce un aumento de la secreción de noradrenalina y adrenalina (Soriano, 2007, p.319).

La resistencia, en la cual existe un esfuerzo corporal para resistir la amenaza, con una distribución energética de los recursos (Otero, 2011, p.45)

Y por último el agotamiento, en el cual el organismo ya no tiene recursos para seguir adaptándose y se hace propenso a enfermedades (Arce, 2008, p.200)

Para Ellis

algunos síntomas típicos de la ansiedad son: síntomas respiratorios y pectorales, como la falta de respiración, o respiración acelerada, presión en el pecho y nudo en la garganta entre otras; reacciones cutáneas como sudor, picores, escalofríos o sonrojos; reacciones de la presión, como pulso acelerados, palpitaciones, desmayos, aumento de la presión sanguínea, etcétera; síntomas intestinales como pérdida del apetito, náuseas, molestia y dolor intestinal; y síntomas musculares como temblores, tics nerviosos, sobresaltos entre otros. (Ellis, 2000, p.36)

A veces la ansiedad se presenta por un largo tiempo, e incluso puede paralizar al sujeto. Es en estos casos donde se habla de “trastornos de ansiedad”. La clasificación del CIE 10 con respecto a la ansiedad es la siguiente (OMS, 2010, p. 279).

Tabla 1. Trastornos de Ansiedad.

TRASTORNO	CARÁCTERÍSTICAS	PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO
F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)	<ul style="list-style-type: none"> -Crisis recurrentes de ansiedad grave. -Aparición repentina de palpitaciones. -Mareo -Dolor precordial -Sensación de asfixia -Sensación de irrealidad -Frecuencia variable -Síntomas crecientes 	<ul style="list-style-type: none"> -Se presentan cuando no hay un peligro objetivo -No se presentan solo cuando hay situaciones conocidas -Período entre las crisis es libre aunque hay ansiedad anticipatoria leve.
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none"> -No depende de alguna situación específica. -Existe una sensación de nerviosismo. -Presencia de temblores -Molestias epigástricas -Tensión muscular -Sudoración -Vértigo y palpitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Los síntomas ocurren la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas. -Rasgos de aprensión. -Tensión muscular -Hiperactividad vegetativa.

Tabla 1. (Continuación)

F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo	-Existen síntomas de ansiedad y depresión sin predominio de ninguno de los dos. -Presencia de síntomas vegetativos aunque sea de modo intermitente -Incluye depresión ansiosa -Excluye depresión ansiosa persistente.	-Descartar el predominio de uno de los dos trastornos.
F41.3 Otros trastornos de ansiedad	-Entre estos están: -El trastorno obsesivo-compulsivo.	-Existen las pautas del trastorno de ansiedad generalizada
F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados	Incluye ansiedad histérica	
F41.9 Trastornos de ansiedad sin especificación	Incluye ansiedad sin especificación	

Elaboración: Andrea Riaño Maldonado

1.1.9.2 La depresión

“Es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza” (San Molina, L, 2010, P.9)

Generalmente los seres humanos sentimos tristeza frente a algunas circunstancias dolorosas de la vida, como la pérdida de un ser querido, o el padecimiento de una enfermedad; pero hay individuos que experimentan esta tristeza de una forma más prolongada y exagerada, y muchas veces incluso sin la presencia de un agente desencadenante. Se dice que estos individuos sufren de “Depresión”.

Hay múltiples causas predisponen su aparición como por ejemplo: influencia genética problemas económicos, problemas familiares, estilos de pensamiento, estrés e incluso algunos fármacos, enfermedades crónicas, y consumo de alcohol, en cuyo caso se hablaría de una depresión secundaria (San Molina, L, 2010, P.24 - 26)

Según el CIE 10, la depresión se clasifica en (OMS, 2010, p. 279).

Tabla 2: Trastornos de Depresión

TRASTORNO	CARACTERÍSTICAS	PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO
F32 Episodios depresivos	<ul style="list-style-type: none"> -Humor depresivo -Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas -Reducción del nivel de actividad. -Cansancio exagerado -Disminución de la vitalidad -Disminución de la concentración. -Pérdida de la confianza en uno mismo. -Sentimientos de inferioridad. -Ideas de culpa. -Trastornos del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuatro o más de las siguientes características deben estar presentes: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de reactividad emocional a situaciones placenteras. -Empeoramiento matutino del humor depresivo. - Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras. -Pérdida del apetito -Pérdida de peso. -Disminución de la libido.
F32.0 Episodio depresivo leve	<ul style="list-style-type: none"> -El sujeto se ve afectado por sus síntomas. -Dificultad para realizar la actividad laboral y social. 	<ul style="list-style-type: none"> -Al menos dos de los siguientes síntomas deben estar presentes: <ul style="list-style-type: none"> -Ánimo depresivo- -Pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar- -Aumento de la fatigabilidad. -Ninguno de los síntomas debe presentarse en un grado intenso. -El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

Tabla 2. (Continuación)

<p>F32.00 Sin síndrome somático</p> <p>F32.01 Con síndrome somático</p>		<p>-Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve.</p> <p>Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve.</p> <p>-Se presentan cuatro o más síndromes somáticos.</p> <p>_ Si están presentes sólo dos o tres síntomas somáticos, pero son de una gravedad excepcional,</p>
<p>F32.1 Episodio depresivo moderado</p> <p>F32.10 Sin síndrome somático</p> <p>F32.11 Con síndrome somático</p>	<p>-Existen grandes dificultades para desempeñarse en lo laboral, en lo social, y en lo doméstico.</p>	<p>- Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas del episodio depresivo leve (F32.0)</p> <p>-Deben presentarse por lo menos tres de los demás síntomas.</p> <p>- Debe durar al menos dos semanas.</p> <p>-Se satisfacen las pautas para el episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.</p> <p>Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y cuatro o más de los síndromes somáticos</p>

Tabla 2 Continuación

<p>F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos</p>	<p>Durante un episodio depresivo grave se observa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se presenta una considerable angustia o agitación. -Pérdida de autoestima. -Presencia de sentimientos de culpa e inutilidad. -Riesgo de suicidio -No puede llevar a cabo las actividades cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado. -Existencia de por lo menos cuatro de los demás síntomas de intensidad grave. -Debe durar al menos dos semanas, a menos de que los síntomas sean particularmente graves y de inicio muy rápido. En este caso el diagnóstico se hace con una duración menor. -Incluye: Episodios depresivos aislados de depresión agitada. Melancolía. - Excluye: Depresión vital sin síntomas psicóticos.
---	--	---

Tabla 2. (Continuación)

<p>F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos</p>	<p>-Se presentan ideas delirantes que incluyen temas de pecado, ruina o catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. .Presencia de alucinaciones que cuando son auditivas u olfatorias son en forma de voces difamatorias, o de olores a podrido o carne en descomposición. -Puede presentarse inhibición psicomotriz grave</p>	<p>- Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, -En este episodio además existe la presencia de ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. -Incluye: Episodios aislados de Depresión Mayor con síntomas psicóticos. Depresión psicótica. Psicosis depresiva psicógena. Psicosis depresiva reactiva.</p>
<p>F32.8 Otros episodios depresivos</p>	<p>Entre las características están: -Mezclas fluctuantes de síntomas depresivos. -Tensión -Preocupación. -Mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio sin causas orgánicas</p>	<p>-Estos episodios no reúnen las características de los episodios depresivos señalados en F32.0 –F32.3. -Se consideran depresivos por la impresión diagnóstica de conjunto. - Incluye: Depresión. Episodios aislados de depresión atípica, enmascarada sin especificación.</p>
<p>F32.9 Episodio depresivo sin especificación</p>		<p>Incluye: Depresión sin especificación.</p>

Elaboración: Andrea Riaño Maldonado

1.1.10 Satisfacción vital

En la sociedad actual, vivimos en un mundo donde impera el materialismo, y en donde la felicidad se relaciona directamente con la economía y el consumo. El trabajo deseado, el auto, las propiedades, todos los bienes, llegan a ser tan importantes para el hombre actual, que hasta la felicidad se mide en términos de ingreso per cápita. En realidad, la verdadera felicidad del hombre, debería estar totalmente conectada con factores internos y por ende más estable, que parten del mismo ser. Por ejemplo su salud física y mental, la personalidad saludable, su capacidad de adaptación, la resiliencia, etcétera (Leturia, F, et al, 2001, p. 122).

Algunos estudios, han revelado que la pobreza genera insatisfacción y por ende los habitantes de los países más ricos, están más satisfechos. Sin embargo al revisar estos datos, ocurre otra cosa, tal como lo comprobó Ed Diener, investigador de la Universidad de Illinois, quien encontró que *“las personas muy ricas dicen ser más felices el 77% del tiempo, mientras que personas con riqueza media dicen ser felices el 62% del tiempo, esto considerando que las muestras fueron desiguales”* (Csikszentmihalyi, 2008, p76).

Esto indica que existen otros factores que hacen felices a las personas, o si no cómo explicar que durante un estudio realizado en el 2013, realizado por la red mundial de Empresas Independientes de Investigación de Mercados (WIN – Gallup Internacional) (citado en el Tiempo, Mayo de 2015), Colombia, un país del tercer mundo, agitado por la violencia ¿estuvo en la punta de los países más felices del mundo? El mismo estudio indica, que incluso el país aumentó su índice de felicidad con respecto a otros años.

Según Gustems

La Psicología Positiva, existen tres conceptos que están interrelacionados: calidad de vida, bienestar subjetivo y satisfacción vital, los cuales son indicadores de la adaptación de un individuo a su entorno. El primero de ellos, es decir la calidad de vida engloba algunos componentes objetivos y subjetivos. Entre los objetivos se encuentran el acceso a bienes materiales y a servicios, y los subjetivos, denominados también “bienestar subjetivo” se refieren a la valoración que el sujeto hace de los mismos y la relación de estos con su vida (Gustems, 2012, p.21).

El bienestar subjetivo es expresado cognitivamente y afectivamente. A esa expresión cognitiva se le conoce como “satisfacción vital” y a la afectiva como felicidad (Csikszentmihalyi, 2008, p.77).

La satisfacción vital por tanto, implica una valoración de la calidad de vida percibida por una persona, que es positiva cuando cumple con sus expectativas. La evaluación global de la vida de un individuo tomará como criterios, los que sean importantes para él. Por ejemplo: si son cumplidas sus expectativas con respecto a sus ingresos económicos. El juicio empleado será subjetivo, es decir que será realizado a partir de criterios propios. Esto es importante, porque como se explicó al comenzar este tema, la satisfacción no depende como dicen los estudiosos, de factores meramente materiales. Por supuesto que estos facilitan la vida y seguramente inciden en la satisfacción de un ser humano, pero puede existir un peso mayor de otros factores que pueden resultar más relevantes (Garduño, et al, 2005, p.271).

Algunos autores han propuesto algunas variables relacionadas tales como: la personalidad, las demandas contextuales, el manejo de las situaciones estresantes, la importancia de la religión en la vida, salud, situación económica raza, ocupación, educación, matrimonio, integración a la comunidad, el contexto de la vida donde se desenvuelve el ser humano, la cultura y apoyo social entre otros (Hernández, 2002, p.372).

De acuerdo a la OMS, además de estos otros factores tienen una influencia importante: haber crecido en un ambiente seguro, haber tenido el apoyo familiar, el apoyo de los amigos, el apoyo de la sociedad, haber tenido acceso a los servicios básicos (Gustems, 2012, p.21).

Debe recordarse que *“La salud mental de una persona es un sistema complejo en el que están interrelacionados aspectos de orden subjetivo y objetivo que se dimensionan desde factores sociales, culturales, biológicos y cognitivos. Con tales criterios es preciso anotar que se hace referencia a un modelo de salud mental constituido en la dinámica biopsicosociocultural, motivo por el cual cualquier tendencia que se relacione con la salud mental debe necesariamente incluir los elementos ya planteados.* Terapia Cognitivo - Conductual de Núñez y Tobón (como se citó en Núñez et al, 2010).

Por lo tanto la subjetividad propia de la satisfacción vital de un ser humano debe ser comprendida desde el individuo mismo y su complejidad.

1.2 Consumo de drogas

1.2.1 Consumo problemático de drogas

El consumo problemático de drogas, es un tema que presenta múltiples aristas y que debe ser abordado de forma interdisciplinaria. (Yaria, 2005, p.29)

En primer lugar es importante diferenciar entre el consumo de drogas y el consumo problemático, y es que el segundo dependerá de algunos factores que se revisarán a continuación.

Independientemente de las prácticas del consumo de alcohol, este se considera como problemático, cuando ocasiona inconvenientes al individuo y a las personas de su entorno, ya sea porque ese consumo es adictivo, o porque sin serlo se produce en situaciones inapropiadas o en cantidades exageradas. Tal es el caso, del conductor que después de haber bebido en exceso, en una situación particular, atropella a un peatón. En este caso, el problema no es tanto el consumo, como el ignorar o pasar por alto, que una persona que conduce no puede tomar. "(Chan,M, 2012, p.3)

Otro factor tiene que ver con la clasificación de las drogas en legales o ilegales, y es que la diferencia es trazada arbitrariamente, pues no toma en cuenta las características de cada una, su capacidad de dependencia o de daño. Parece ser que los grandes intereses económicos son los que priman en esta clasificación. Es así como el alcohol es considerado como "legal" cuando es la droga que más efectos nocivos causa en la sociedad. (CONSEP, 2013, p.22-27).

La droga hoy por hoy causa decenas de miles de muertos, y deja detrás suyo, fenómenos como la violencia y como el tráfico ilegal, que ya son parte del día a día de nuestras sociedades. (Torrente, 1997, p. 214)

Según la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas, realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas [CONSEP] en estudiantes de 12 a 17 años en el año 2012, la edad promedio en la que los menores empiezan a consumir drogas es de 14,3 años. Esta edad de inicio se ha retrasado con respecto a una investigación realizada en el 2015, en la cual se encontró que el primer contacto es a los 13.8 años (CONSEP, 2012).

Dentro del consumo problemático de sustancias, se incluye el consumo problemático de medicamentos, que son usados de forma indiscriminada, con efectos adversos para el organismo.

Con respecto a la forma de abordar esta problemática, también es preciso recordar que se hace interdisciplinariamente, pues es imposible aprehender la realidad del individuo solo desde la óptica de una disciplina.

Es importante recalcar que las “drogas” en sí no son la causa sino el efecto de una serie de situaciones que afectan al individuo y que muchas veces son ocasionadas por la misma sociedad que lo condena. En estos tiempos los especialistas indican que la adicción, por ejemplo se construye psicológica, biológica y socialmente de manera conjunta, por lo tanto son los profesionales relacionados con estos campos los que pueden ampliar el conocimiento que tenemos sobre este tema. (CONSEP, 2013, p.22-27).

Existe un tipo de “culpabilización” de los diferentes actores llámense individuo, familia, etcétera, dando por sentado que la sociedad se constituye de núcleos que se conjugan entre sí, y olvidándose de que es la red social la que permite el soporte de los grupos familiares.

En otras palabras no se trata de buscar culpables, pues el individuo, la familia, la comunidad, están inmersos en un entramado social, que no se puede disgregar. De plano se debe renunciar a la idea de culpabilizar a alguien, más bien debe intentar comprenderse la problemática holísticamente (CONSEP, 2013, p.22-27).

1.2.2 Consumo problemático del alcohol

Según la OMS (1994) el consumo problemático *“es un patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales”* (p.28)

El consumidor de alcohol no necesariamente es problemático y como se explicó en el apartado anterior, el problema está en los patrones de consumo: *“dónde, qué, cómo, cuándo, con qué frecuencia y con quién se bebe más que en la cantidad del mismo”*. (Chan,M, 2012, p.3)

Existen datos alarmantes proporcionados por la OMS (2011), en los que se revela que tan solo en el 2004, 2.25 millones de muertes prematuras fueron ocasionadas por el consumo problemático, y un 4,5% de morbilidad a nivel mundial. Igualmente se

encontró una correlación entre el consumo y enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/SIDA y con factores de índole socio – económica (p.1).

Además de ser adictivo, el alcohol se ha demostrado que llega a provocar unas sesenta enfermedades entre las que se destacan: trastornos mentales y comportamentales, cánceres, enfermedades gastrointestinales, pulmonares, cardíacas, músculo esquelético, trastornos reproductivos, riesgo de parto prematuro, daño prenatal y bajo peso en el nacimiento (Chan,M, 2012, p.2)

Para abordar este tema es necesario en primera instancia tomar con seriedad el asunto de la estigmatización del bebedor. Hay que comprender que el problema no está conectado directamente con cierta población, que posee rasgos particulares, ni que pertenece a un determinado estrato socio – económico. Es un problema social, alimentado por los medios de comunicación, y por los integrantes de la misma, que por un lado aceptan y alimentan su consumo, pues como sugieren García, J, et al (2001) tiene una *“fuerte raigambre social, cultural y económica”* (p.647) pero por otro lado reprueban la conducta del consumidor

Parece ser que esta situación ambigua genera cierta pasividad en los actores sociales, que aceptan la propaganda y comercialización de una droga que resulta siendo muy destructiva. En Americana Latina la OMS realizó un estudio que revela que el consumo de alcohol en los adolescentes es alarmante. La misma demostró que el inicio del consume ocurre a edades más tempranas con el correr del tiempo, iniciándose desde los 12 años o incluso antes. Ese mismo estudio revela que el 53% de los adolescentes entre los 15 y 19 años, en América admite consumir alcohol

Existe una internalización en el sujeto consumidor de ideas erróneas sobre el consumo, por ejemplo que este les hace más atractivos para el sexo opuesto, en el caso de los hombres; para hacer deporte o para divertirse necesariamente hay que tomar (Yaría, J, 2005, p. 34) .

“Una solución integral al problema, sería aquella en que el estado selecciona políticas de consumo que fomenten y desalienten conductas, manteniendo un equilibrio entre la responsabilidad estatales individual, respetando la multiplicidad de las culturas de consumo que puedan existir y ser receptiva del as necesidades y los recursos variantes en diferentes comunidades” (Chan,M, 2012, p.3)

1.2.3 Causas del consumo de drogas

Ninguna persona quiere experimentar dolor en su vida, por eso cuando este aparece se intenta diluirlo, evitarlo a través de actitudes defensivas o de compensaciones que buscan mitigarlo. (Cardona, J et al, 1993, p.17).

En el mundo actual, los seres humanos se encuentran cara a cara con la tristeza, pues este mundo es desigual. Aquí las libertades de unos seres son casi inexistentes; aquí el dinero dicta el orden mundial; es aquí donde existe angustia; violencia y pérdida de valores sociales, familiares e individuales. Es justo en este mundo, en el que muchos hombres evitan el sufrimiento, implantando placer en su vida así sea de modo artificial y fugaz. Sin embargo es sabido por todos que el placer causa dolor, no dura para siempre. (Cardona, J et al, 1993, p.18).

Cuando se disfrutan placeres relativos, inmediatamente surge en el individuo un deseo de experimentarlos una y otra vez y esto le genera una tensión que acaba por convertir su vida en inestable y vacía. Paradójicamente este rechazo al dolor, hace que el individuo pierda paulatinamente su capacidad de tolerarlo (Yaría, J, 2005, p. 35).

Las drogas, por tanto son esos “sustitutos” placenteros, que emplean algunos individuos, para evitar el sufrimiento; pero, como es sabido, el efecto es corto y por tanto a la larga genera un dolor mayor, pues a través de su consumo se hace cada vez más difícil experimentar la tan anhelada euforia y por el contrario poco a poco se va perdiendo la capacidad de renovarse (Yaría, J, 2005, p. 35).

De todo lo anterior es posible deducir que algunos hombres pierden poco a poco, su capacidad natural para experimentar placer, y la explicación de esto se da por múltiples factores que condicionan al ser humano (Yaría, J, 2005, p. 34).

Se dice que el consumo de drogas no es experimentado por un grupo exclusivo de la sociedad sino que puede afectar a toda la sociedad. Y por tanto sus causas son variadas, hay causas endógenas y exógenas (Gómez, R, 2007, p. 21).

Entre las endógenas están las *“desarmonías y traumas psíquicos presentes en la disposición del individuo o adquiridos en el curso de la infancia, de la pubertad, acentuaciones de valores, ambivalencias, conflictos impulsivos, retardos y aceleraciones del desarrollo de diferentes factores caracterológicos”* (Cardona, J et al, 1993, p.23).

Entre los factores exógenos se encuentran: la inadaptación social, falta de armonía en la familia, y la influencia social ya sea por los problemas propios de esta,

como el desempleo, la desigualdad, la falta de protección del estado, presión de grupo, o por tener un fácil acceso a las drogas (Cardona, J et al, 1993, p.23). .

1.2.4 Consecuencias del consumo de drogas

Las drogas en general cuando existe un consumo problemático generan múltiples problemas, al individuo y al medio que lo rodea. Los daños asociados varían según la sustancia consumida y sus propiedades; según algunas variables personales y las condiciones del entorno. (Cardona, J et al, 1993, p.27).

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas [ONU], Incluso de manera ocasional, el consumo experimental de drogas puede ser peligroso y tener efectos inesperados en la salud, pues no solo afecta la capacidad para ejercer el buen juicio, sino que además pueden llevar a realizar comportamientos de riesgo con graves consecuencias, como por ejemplo un accidente de tránsito por conducir en estado de ebriedad. El abuso de drogas por tiempo prolongado, puede ocasionar varios tipos de cáncer, como el pulmonar, enfermedades cardíacas, del hígado, y por supuesto adicción física y mental. En este caso, las drogas se convierten en lo más importante para la vida de una persona, haciendo generándole problemas en el trabajo, en el hogar y en la escuela (ONU, 2005, p.2042)

Los adolescentes están en un período de tremenda agitación con respecto a sus cambios físicos y mentales. De hecho, los científicos recientemente, descubrieron que gran parte del desarrollo cerebral sucede en estos años y durante la adultez temprana, lo que significa que la exposición durante esta fase puede afectar el desarrollo cerebral (ONU, 2005, p.2042)

-Las drogas afectan al individuo y su entorno:

I. EFECTOS EN LA PERSONA:

-Salud Física y Mental:

Se sabe que existe una clara conexión entre las adicciones y los trastornos mentales, y los científicos creen que existen al menos tres razones para ello:

-El abuso de drogas puede ocasionar uno o más síntomas de otra enfermedad mental, a través de cambios negativos a largo plazo en la estructura y función del cerebro. Por ejemplos, se sabe que el consumo de cocaína en el largo plazo, *“puede producir ataques de pánico que persisten incluso después de dejar el consumo”* (Burzaco y Berensztein, 2014, p.235).

-Las enfermedades mentales pueden llevar al abuso de drogas. Por ejemplo, existen casos de automedicación en personas con trastornos mentales, que terminan en un abuso. En el caso de las personas con esquizofrenia, existen altas tasas de consumo de tabaco, que están vinculados a la reducción de los trastornos cognitivos de esta o que sirven para contrarrestar los efectos secundarios de la medicación esquizofrenia o contrarrestar los efectos secundarios de la medicación (Rubio, et al, 2002, p.242).

-El abuso de drogas y otros trastornos mentales pueden ser ocasionados tanto como por factores comunes, como déficits cerebrales subyacentes, o exposición temprana al estrés o trauma (ONU, 2005, p.2042).

Las consecuencias conductuales, interpersonales y sociales de las drogas psicoactivas pueden ser similares, pero a nivel psicofisiológico difieren de acuerdo a sus características químicas. Los problemas agudos y traumáticos del consumo de drogas, pueden ocurrir de una sola vez y cuando existe un consumo moderado, pero los problemas crónicos se asocian normalmente con el consumo abusivo de drogas (Brick, 2008, p.529).

Clasificación:

1. Alcohol:

Cuando existe el consumo de alcohol a largo plazo, casi todos los sistemas del cuerpo se ven afectados. Los resultados son la úlcera, gastritis, pancreatitis, cirrosis alcohólica, hepatitis alcohólica, hepatitis crónica activa. Cánceres del tracto digestivo, pulmones, cabeza y cuello. Además tomar uno o dos tragos al día se asocia con un incremento de riesgo de cáncer de mama (Brick, 2008, p.529).

El consumo excesivo crónico puede conducir al síndrome cerebral orgánico y falta de coordinación permanente, así como un mayor riesgo de padecer de un accidente cerebrovascular permanente. Además se asocia a alteraciones cardíacas, hipertensión, elevación del nivel de grasa en la sangre, aumento del colesterol, disminución de la producción de todos los tipos de células sanguíneas, deficiencias del sistema inmunitario, mala coagulación sanguínea (Pérez, 2006, p.240)

También se pueden citar disfunciones sexuales, con una disminución en la producción de espermatozoides y motilidad disminuida, impotencia, disminución de la producción de testosterona, e irregularidades menstruales (Montejo, 2002, p.270).

Además de todo lo anterior, se sabe que el consumo excesivo de alcohol puede causar inflamación muscular y desgaste muscular en hombros y caderas (Bestene, 2003, p.247).

Las respuestas emocionales, además de dificultades interpersonales incluyen tristeza intensa, alucinaciones auditivas, paranoia y ansiedad. Fragmentos Alcohol duermen y pueden llevar al insomnio. Y, por supuesto, los resultados de consumo pesado en las resacas. En resumen, "que abusan del alcohol tienen la vida más baja expectativas y mayores tasas de mortalidad en las edades más jóvenes que los no alcohólicos" (Martínez y Gutierrez, 2001, p.55).

2. Otros depresores

Entre los depresores también se encuentran los opiáceos, sedantes – hipnóticos y ansiolíticos. Productos industriales como disolventes y aerosoles, cuando son inhalados, debido a sus propiedades alucinógenas también causan efectos depresores (Brick, 2008, p.529).

Los opiáceos y narcóticos

Entre los opiáceos se encuentra el opio, morfina, heroína y codeína.

En los últimos años, se han elaborado algunos opiáceos sintéticos que se usan como analgésicos médicos y antagonistas. Estos incluyen marcas comerciales como: Darvon, Percodan, Demerol, Lomotil y Talwin, los cuales son depresores del sistema nervioso central, que ralentizan las respuestas físicas y psicológicas (Schuckit, 2013, p.180)

La consecuencia médica más grave de abuso de opiáceos es la sobredosis, que puede conducir a la muerte luego de que ocurra una ralentización de los sistemas respiratorio y circulatorio, hasta el punto de que dejan de funcionar (Torres, 2001, p.1982)

Las consecuencias más comunes se deben más que al mismo consumo abusivo, a los estilos de vida que acompañan su uso. Por ejemplo, los adictos son propensos al SIDA, pues emplean agujas contaminadas, que además producen otras infecciones como el tétanos, malaria, hepatitis, úlceras gástricas, arritmias cardíacas, endocarditis, infecciones óseas o articulares, alteraciones electrolíticas, anemias, anomalías oculares, insuficiencia renal, neumonía, abscesos pulmonares, tuberculosis,

broncoespasmos y sibilancias, depresión, disfunciones sexuales, además de problemas sociales, interpersonales y legales (Schuckit, 2013,p.180)

3. Medicamentos hipnóticos y ansiolíticos

Entre estos encontramos Nembutal, Seconal Quaalude, Miltown y Equanil, el mismo que pueden consumirse de forma abusiva con graves consecuencias para la salud. El más común de los efectos es la sobredosis tóxica, que ocasiona la depresión del sistema nervioso central, del funcionamiento cardiaco y respiratorio. Existe además una psicosis temporal que ocasiona alucinaciones auditivas y delirios paranoides (Alterman, 2014, p.270)

El uso de estos fármacos interfiere con la memoria a corto plazo, con el juicio y el rendimiento motor. La disminución de las inhibiciones ocasionan un aumento de los ataques de ira con consecuencias traumáticas (Alcantud, 2012, p.64).

Cuando la ingestión es mediante el uso de una jeringa y aguja, los resultados habituales de parafernalia contaminados pueden provocar: hepatitis, tétanos, abscesos, y el SIDA. La inyección inadvertida de cualquier depresor en una arteria puede resultar en la muerte del músculo y tejido nervioso, que requiere la amputación de extremidades. Retirada sin supervisión de estos medicamentos puede incluir convulsiones peligrosas y la depresión grave (Villa, 2006, p.213).

4. Estimulantes

Todos los medicamentos en esta clasificación a pesar de su relativa "popularidad" actual entre los toxicómanos comparten la capacidad esencial para estimular el sistema nervioso central. Las anfetaminas, cafeína, metanfetamina, dextro anfetamina, y, por supuesto, la cocaína, se encuentran entre los fármacos de esta categoría. Los efectos estimulantes de estos fármacos también son evidentes en el sistema nervioso periférico y el sistema cardiovascular (Soriano, et al, 2007, p.273)

Los estimulantes producen disminución de la fatiga, aumento del deseo sexual, disminución del apetito, e interfieren con los patrones del sueño. El consumo abusivo desencadena una mayor cantidad de trastornos psiquiátricos que los producidos por el consumo abusivo de otras drogas (Kalat, 2004, p. 410)

Aunque transitorias, las perturbaciones ocasionadas pueden ser aterradoras, ya que imitan las fases de la manía, psicosis graves parecidas a la esquizofrenia, la depresión mayor y los ataques de pánico (Brick, 2008, p.530).

Las diferencias en las respuestas relacionadas con la salud a los fármacos estimulantes son dependientes sobre el modo de ingestión, por ejemplo la Nasal e intravenosa, ocasionan respuestas más agudas que la ingestión oral. Lo mismo ocurre con la pureza de la sustancia (Micheli, et al, 2002, p.791)

Además de sus cualidades fenomenalmente adictivas, el gran peligro con la cocaína y sus derivados radica en la rápida aparición de aumento del ritmo cardíaco que en realidad puede conducir a la fibrilación cardíaca, infarto de miocardio, paro respiratorio y la muerte. Otras consecuencias negativas para la salud asociados con el uso de estimulantes incluyen golpes, destrucción del tejido nasal, bronquitis, rechinar los dientes, y úlceras en la piel. El uso materno puede causar dificultades similares para un feto, así como contribuir a abortos espontáneos, partos prematuros y placentas unifamiliares (Fernández, et al, 2009, p.207).

5. Alucinógenos

Entre los alucinógenos se encuentran la psilocibina, mescalina, LSD, PCP, MDMA, STP, etc.

Estas drogas ocasionan reacciones de pánico, escenas retrospectivas y reacciones tóxicas cuando existe una ingestión elevada. Los estados psicológicos incluyen altos niveles de ansiedad, pérdida de contacto con la realidad, paranoia, confusión, psicosis inducida por las drogas y alucinaciones. Los usuarios de PCP a menudo se vuelven violentos y adquieren una súper fuerza ocasionada por sus efectos analgésicos. Esta falta de dolor combinada con las reacciones violentas, frecuentemente conducen a lesiones físicas de gravedad (Martínez y Rubio, 2002, p.251)

6. Marihuana

A la marihuana a veces se le considera un alucinógeno, sin embargo ocasiona un cambio en el nivel de conciencia mayor. Puede crear simultáneamente síntomas físicos similares a los de los depresores (relajación/somnolencia) y estimulantes (aumento en la frecuencia respiratoria y cardíaca). A largo plazo afecta la mayoría de los sistemas

corporales, ocasionando bronquitis y otras dificultades respiratorias, disminución de la fuerza de las contracciones del corazón, consecuencias negativas en el sistema inmunológico, menor recuento de los espermatozoides, aumento de la frecuencia de la rotura cromosómica, disminución del tamaño de la próstata y testículos, deterioro de la memoria y reducción en la producción de la hormona del crecimiento (Pérez, et al, 2006, p.233)

En el embarazo reduce la cantidad de oxígeno recibida por el feto lo que ocasiona dificultades en el aprendizaje y problemas de conducta.

El uso continuo de marihuana puede producir reacciones de pánico, sentimientos de ansiedad, temor a perder el control o volverse loco, y miedo a enfermarse. Los flashbacks pueden ocurrir, al igual que los estados psicóticos temporales. Al igual que con el alcohol, algunas consecuencias desfavorables ocurren por la disminución del juicio, deterioro para estimar el tiempo y la distancia y la alteración de la función motora, que resulta en diversas lesiones (Brick, 2008, p.530).

-Efectos legales:

Con respecto a las consecuencias legales, existen leyes explícitas sobre el consumo de drogas en cada nación, de esta forma una persona puede pasar algunos años o toda una vida en prisión, además de pagar multas de grandes cantidades de dinero. Otras consecuencias son los antecedentes penales en su expediente que puede afectar su carrera, o puede inhabilitarlo para conseguir diferentes tipos de licencias, para trabajar o incluso para viajar, pues puede tener dificultades a la hora de obtener una visa.

II. EFECTOS EN LA FAMILIA Y SOCIEDAD

-A nivel social, por ejemplo, se deterioran las relaciones familiares, las relaciones íntimas, o las de amistad, se puede producir desorden público, agresiones, marginación, delitos, asaltos e incluso asesinatos. El consumo de una madre, puede ocasionar incluso malformaciones fetales. (Rechea, 1999, p.74)

III. EFECTOS ECONÓMICOS

-A nivel económico: hay consecuencias en todo nivel. Por un lado el consumidor problemático debe invertir una gran cantidad de dinero para sostener su consumo, y esto puede desestabilizar su economía, la de su familia y la de otras personas afectadas.

Detrás del mercado de las drogas también se mueve dinero en todo nivel (narcotráfico) generando conflictos entre bandas que se lucran del negocio, y grandes pérdidas para los países que deben paliar las consecuencias (Rechea, 1999, p.74)

Adolescentes

1.3.1 Desarrollo biológico

El cambio de la niñez a la adultez genera muchos cambios. Según la OMS, la adolescencia *“es la etapa que abarca toda la segunda década de la vida, de los 10 años a los 19 años, ambos incluidos”* (Redondo, et al, 2008, p.4).

La adolescencia es una etapa de la vida que comienza con la pubertad, que es la etapa inicial de la adolescencia (etapa ubicada entre los 9 y 12 años de edad) y que incluye aquellos cambios que un niño se convierta en un adulto maduro en su sexualidad y en su capacidad de reproducirse; y termina cuando los cambios que han ocurrido en esta época se estabilizan hacia los 19 años (Ovejero, et al, 2005, p.30)

La adolescencia tiene tres etapas, a saber: la adolescencia temprana que sucede entre los 10 y 13 años se caracteriza porque empiezan los cambios propios de esta etapa; la adolescencia media, entre los 14 y 16 años en la que los cambios que comenzaron en la etapa anterior terminan; y la adolescencia tardía, que ocurre entre los 17 y 19 años, en los que se produce una madurez (Távora, 2011, p. 14)

Los cambios fisiológicos que se presentan en esta época, son resultado de la producción de hormonas, las cuales son mensajeros químicos que ocasionan la diferencia entre ambos sexos. Su aumento en la sangre produce numerosos cambios externos y emocionales. Los músculos y los huesos se hacen más grandes y fuertes, generan el crecimiento del vello en diferentes partes del cuerpo físico, el cerebro también experimenta cambios que hacen que el individuo tenga cambios de pensamiento y comportamentales. Al final de todos estos cambios se experimenta la madurez física, sexual y emocional (Campos, et al, 2002, p.158)

Al inicio de la pubertad, la hipófisis empieza a producir la hormona conocida como gonadotropina, la cual envía la señal para que empiece el funcionamiento de las glándulas sexuales (ovarios y testículos). Entonces las glándulas sexuales empiezan a producir hormonas. En los ovarios surge la progesterona y estrógenos, estas últimas responsables del apareamiento de los caracteres sexuales secundarios en la mujer. En los testículos es producida la testosterona, que causa el apareamiento de los caracteres

sexuales en el hombre. Los caracteres sexuales primarios se manifiestan con la presencia de los órganos reproductores. No es que ellos no existieran, sino que es a partir de este momento cuando empiezan a funcionar, y desde ese momento entran en actividad las glándulas sexuales. (Belart, 2011, p.126)

Estos cambios biológicos producen manifestaciones externas, que son conocidas como caracteres sexuales secundarios.

Los caracteres secundarios son aquellos permiten diferencias a hembras y machos. En las mujeres se producen cambios en la piel (esta se hace más grasa), puede ocurrir acné juvenil con apareamiento de granos en el rostro y la espalda, el crecimiento del vello axilar y del vello púbico, crecimiento de las glándulas mamarias, ensanchamiento de la cintura pélvica, distribución de depósitos de grasa en ciertos lugares del cuerpo y el inicio del ciclo sexual. (Berger, 2006, p.443)

En el hombre, también presenta cambios en su piel, que también se torna más grasa, al igual que en la mujer puede aparecer el acné juvenil, que como se comentó se manifiesta con presencia de granos en rostro y espalda, se presentan crecimiento del vello axilar y púbico, también, surgimiento de vello en los brazos, piernas, tronco y abdomen, aparición de bigote y barba, crecimiento de la distancia entre los hombros, aumento de tamaño de los órganos sexuales, aumento del grosor de los músculos, cambios en el timbre de la voz que se hace más grave, maduración de los espermatozoides con la aparición de las primera eyaculaciones involuntarias, que generalmente se presentan en la noche. (Oliveira, 2007, p.20-21)

Es importante precisar, que los cambios que se ocurren en esta etapa son paulatinos y dependen de varios factores como: la herencia, el estado de salud, la alimentación. Alguna alteración en uno de estos ocasionará problemas en la aparición de los caracteres secundarios, de esta forma la adolescencia puede retrasarse o prolongarse (Aguirre, 1994, p.136)

Por lo general la adolescencia empieza antes en la mujer y después en el hombre.

1.2.3 Desarrollo social

El desarrollo social, se refiere a los cambios que el adolescente experimenta con respecto a sí mismo y con el medio que le rodea. Los cambios en la forma de relacionarse con los demás, y las aptitudes que va adquiriendo y que le consolidan como un ser socia (Monroy, 2001, p.44).

El desarrollo en la infancia, depende en gran medida del contacto que el niño tiene con sus padres, pero durante la adolescencia se genera una revisión de los

aprendizajes de su infancia y la relación con los padres cambia, lo que sugiere el comienzo de su emancipación, y entonces el adolescente prefiere la compañía de pares, de amigos casi siempre de su edad, con los que comparte y aprende (Navas, 2009, p.214)

“Al comienzo, el prefiere la compañía de sujetos de su mismo sexo, pero luego irá buscando la compañía de personas del otro sexo, y así irá consolidando relaciones de pareja. Este cambio en la relación con el sexo puesto va de la mano por su desarrollo sexual, y por el despertar de sus impulsos sexuales” (Monroy, 2001, p.44).

Padres y amigos son fundamentales para el desarrollo del individuo. Por lo general el adolescente observa el criterio de los padres en materias que atañen a su futuro, mientras que sigue más el consejo de sus compañeros en opciones del presente. (Coleman J, 1980, p.88)

La calidad de las relaciones con los padres en la infancia son claves en el comportamiento en esta etapa. Los estilos disciplinarios de los padres ocasionan diferentes respuestas de los adolescentes. Es así que cuando los padres son democráticos (combinación de afecto y comunicación con control no coercitivo), los hijos muestran menos problemas de conducta y un mejor rendimiento en sus actividades; cuando los padres son autoritarios, los hijos son rebeldes, incluso pueden mostrar rechazo y buscan más a sus amigos en los que se refugian; cuando los padres son permisivos, entonces los hijos revelarán problemas de conducta; y cuando los padres son indiferentes, los hijos presentarán problemas externos como conductas antisociales o consumo de droga; e internos como baja autoestima (Coleman J, 1980, p.100)

Esta etapa no puede pasar desapercibida, la aceptación que el adolescente tiene con sus compañeros o pareja, serán importantísimas para sus relaciones futuras (Aguirre, 1994, p.99-100).

La adolescencia es un momento único en que si bien, se contraen más responsabilidades que en la infancia, ya sea en el hogar, o en la escuela. También es el tiempo en el que ellos deben consolidar el concepto sobre sí mismos y sobre sus habilidades, que había empezado a formarse en la infancia. Este auto concepto se torna más complejo (Aguirre, 1994, p.99-100).

Con respecto a su conducta sexual, el adolescente entre los 10 y 15 años, empieza a masturbarse, práctica aceptada culturalmente aceptada en el caso de los varones, rechazada en el de las mujeres. La práctica de relaciones sexuales, en cambio empezará hacia los 17 años. Para los chicos la práctica sexual tiene una diferente

connotación que para la mujer. Para el primero, existirá una mayor valoración del coito, y por lo tanto mostrarán una mayor actividad sexual, mientras en las chicas esta actividad se acompañará de un fuerte componente afectivo. (Ochoa, 2001, p.27)

1.2.4 Desarrollo psicológico

“Los cambios físicos en esta etapa, se ven acompañados de cambios psicológicos. Los cambios hormonales también tienen influencia en el comportamiento de los sujetos” (Coleman J, 1980, p.44).

Piaget fue el primero en señalar un cambio en la capacidad mental de la pubertad, y describió este cambio no como un simple incremento en la destreza cognitiva, sino además como el establecimiento final del pensamiento operacional formal (Pérez, 2011, p.14)

Según Gaonach

Para Piaget existen cuatro estadios en la evolución del pensamiento del hombre: inteligencia sensorio – motriz entre los 0 y los 2 años; el pensamiento preoperatorio, entre los 2 y 7 años; el estadio de las operaciones concretas, entre los 8 y 12 años; y finalmente el pensamiento formal, que se caracteriza por el pensamiento hipotético – deductivo, y una nueva combinación de los elementos del pensamiento o nueva lógica del pensamiento (Gaonach, 2205, p.226).

En el período anterior a este, el de las operaciones concretas (entre los 7 y 11 años de edad), se desarrollaron destrezas que le permitieron al niño crear hipótesis y explicaciones de los acontecimientos concretos. Estas hipótesis surgen de los datos, no de su interior, por lo tanto si cambian los datos no cambia la hipótesis, sino que prefiere alterar los datos. Sin embargo con el surgimiento de las operaciones formales, el joven contará con nuevas capacidades como la construcción de proposiciones que vayan en contra de los hechos. Por lo tanto lo “real” se le presenta como “posible” (Coleman J, 1980, p.44).

Las responsabilidades de la vida cada vez son mayores y esto tiene influencia en la formación de un pensamiento propio. Las situaciones no se reducen solo a la obediencia ciega, sino que ahora el adolescente se pregunta el porqué de las cosas, aunque algunas veces prima la emoción sobre la inteligencia. Los relevos generacionales no son sencillos, por eso el adolescente responde a veces impulsivamente (Vallet, 2006, p.39)

Algunas características de esta etapa son:

a) En la adolescencia se empieza a formar la identidad. Empiezan a resolver muchos interrogantes sobre ellos mismos, sobre la amistad, el amor, la moral, la religión

y la justicia. Al comienzo los chicos buscan modelos de comportamiento, con los que se sienten identificados y así poco a poco van fortaleciendo su personalidad. Estos momentos pueden generar crisis y dudas (Aguirre, 1994, p.178)

Con respecto al tema de la identidad en la adolescencia, Erikson hace algunas aportaciones importantes. Para el la tarea del adolescente, radica en establecer una identidad coherente, dejando de la lado la difusión. Erickson decía que para que se estableciera la identidad, el joven debía resolver alguna forma de crisis (Erikson, 2004, p.7)

Según Erickson existen cuatro componentes en la difusión de la personalidad: reto a la intimidad, en el que hay temor a implicarse en relaciones ocasionadas por la posible pérdida de la identidad; difusión de la perspectiva temporal en que hay se le hace imposible hacer planes para el futuro; difusión de la laboriosidad, en el que hay dificultad para aprovechar los recursos de forma realista en el trabajo o estudio; y por último está el concepto de identidad negativa, en el cual el joven elige una identidad opuesta a la preferida por los adultos importantes para él, y entre estos sus padres (Erikson, 2004, p.7)

b) Los adolescentes son cada vez más autónomos e independientes. El cerebro ya está preparado para entender el conocimiento humano, y para cuestionarse las enseñanzas que ha recibido a través de sus mayores. El cuestiona y reflexiona y por ende empieza asumir y a descartar la información que posee. Algunos asumirán los valores inculcados por los padres, y otros no, pero todo ello partirá de su propia reflexión. Incluso, en este proceso, algunos chicos realizarán conductas riesgosas como conducir ebrios, o probar drogas, pues otra de las características de esta etapa es la sensación de invulnerabilidad, minimizando los riesgos a los que se exponen. (Aguirre, 1994, p. 224)

c) Muchos chicos en este tiempo empiezan a tener claridad sobre lo que les gustaría hacer en el futuro, y empiezan a asumirlo.

d) Los adolescentes, tienen otra característica psicológica en esta etapa, tienden a “idealizar”, darían su todo por sus amigos, por su pareja, o por una creencia o ideología, y esto ocurre porque es un momento en que empiezan a creer ciegamente en su corazón y en su pensamiento. (Doula, 2001, p.32)

e) Es una época de confrontaciones entre padres e hijos, por el comportamiento descrito. Los padres los ven como vulnerables y no entienden la búsqueda de identidad

que experimentan los chicos; y los chicos ya no asumen de la misma manera las reglas de sus padres porque todo es cuestionado para ellos (Pueyo, 2013, p.123).

f) El egocentrismo también se presenta en esta etapa, pues el adolescente se descubre a sí mismo para él, y esto es lo más importante en esta época.

g) *“La audiencia imaginaria, consiste en que el adolescente siente que todo el tiempo es observado, siente que todos están pendientes de él, y esto hace que en su interior aparezca el temor a hacer el ridículo”.* (Belda, 2005, 324)

h) Comienza el pensamiento formal, por lo cual, hace teorías y justifica sus puntos de vista a través de argumentos y análisis. (Aguirre, 1994, p.158)

i) Apoyo en el grupo: comparte actividades con sus amigos y siente confianza por ellos. Esto le ayuda a sentirse apoyado (Domènech, 2005, p. 21)

j) Redefinición de la imagen corporal, pues el cuerpo cambia en este tiempo y ellos hacen una adaptación mental al cuerpo cambiante. Algunos experimentan una baja autoestima que se fortalece al final de la adolescencia cuando el cuerpo alcanza cierta madurez. (Gratch, 2009, p.138)

k) *“Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil; el cuerpo infantil perdido, renuncia a la dependencia, aceptación de nuevas responsabilidades, pérdida de la sensación de la protección de los padres, que dicho sea de paso es subjetiva”.* (Belda, 2005, 324)

l) Con respecto a la conciencia moral de los adolescentes, es necesario hacer algunas precisiones.

La moralidad *“es un sistema de creencias, valores y juicios subyacentes referentes a lo bueno y malo de los actos humanos”.* (Gerrig y Zimbardo, 2005, p. 354)

El desarrollo moral por tanto, se emplea para referirse al proceso en el cual las virtudes se hacen un hábito. El mismo es un aspecto esencial del desarrollo personal y social que desarrolla a la par del desarrollo cognoscitivo y emocional. (Gordillo, 2010, p.72)

Kohlberg, estudió este desarrollo moral a través de la presentación de dilemas morales a diferentes personas. El encontró que existen tres niveles: el pre-convencional, el convencional y el post – convencional. (Berger, 2007, p. 363).

El nivel pre convencional ocurre entre los 4 y 9 años; el nivel convencional se considera a las personas cercanas de 10 a 13 años; y el tercer nivel va desde los 13 años en adelante. Cada nivel se compone de dos etapas como se verá a continuación:

- Pre convencional de 4 a 9 años: La concepción de bueno y malo, es básicamente lo que comprende la moralidad en esta época de la vida. Este nivel tiene dos etapas, la primera en que las reglas se obedecen para evitar el castigo; y la segunda instrumental, porque satisface las propias necesidades y ocasionalmente las necesidades de otros (Morrison, 2005, p.307)
- El nivel convencional también tiene dos etapas. En la tercera (numerando desde la anterior), se desarrolla la empatía y mutualidad; y en la cuarta se desarrolla la ley y orden. Se muestra respeto por la autoridad, se actúa por el propio deber (Berger, 2007, p.363)
- En el nivel post convencional se encuentran la etapa cinco y seis. La quinta consiste en la utilidad y la sexta en la autonomía, en la cual se observa un punto crítico frente a las normas, es decir que se actúa por convicción propia, llegando a poner en entredicho las reglas externas (Gordillo, 2010, p.73)

En el desarrollo moral, los adolescentes asumen la importancia de cuidar de sí mismos. Poco a poco empiezan a dejar el egocentrismo para interesarse en los intereses ajenos (Hersh, 2002, p.159)

Se presenta una lucha de dilemas entre quien es más importante: los otros o yo, que se resuelve cuando madura y entonces tiene un nuevo entendimiento de los otros y de sí mismos, en el cual se dan cuenta de que no sólo sus intereses sino también los de los demás son importante. Comprenden que lesionar al otro tiene como consecuencia que la relación se dañe (Mc Dowell, 2006, p.14)

En este proceso, es muy importante el papel de los mayores, especialmente de los padres, pues ellos pueden ayudarles a interpretar los dilemas morales. La comunicación es sumamente importante en este período, el humor, la participación, la escucha y el cruce de opiniones en el cual existe un desafío con preguntas.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

2.1 Objetivos

2.1.1 General

Describir y analizar la distribución de variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias psicoactivas en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Unidad Educativa de de la ciudad de Riobamba.

2.1.2 Específicos

- Identificar las variables psicosociales relacionadas con la salud mental
- Identificar las variables asociadas con el consumo problemático de sustancias estupefacientes.
- Elaborar informes para el establecimiento educativo de acuerdo a los resultados.

2.1.3 Preguntas de la investigación

¿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

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, sin manipulación experimental, en la cual se identificaron y analizaron las variables relacionadas con la salud mental de los estudiantes y con el consumo problemático de sustancias estupefacientes. A su vez esto permitió conocer las situaciones en las que se presentaban, pues se realizó una descripción exacta del contexto.

2.3 Contexto

La investigación tuvo lugar en una Unidad Educativa, perteneciente a la Zona 3, Subzona 6, Circuito Politécnica 1, instituto fiscal del Cantón Riobamba.

Según los datos informativos de la Institución educativa, expuestos en el código de convivencia del año 2014 en la actualidad, esta unidad cuenta con 667 estudiantes en el Ciclo Básico, Bachillerato y Superior, y 87 docentes.

El 85% de los estudiantes son de origen rural y el 15% vive en la zona urbana. La mayoría de bajos recursos.

Para realizar esta investigación fueron seleccionados dos paralelos, uno de primero de bachillerato y el otro de segundo de bachillerato, de la sección diurna; y estudiantes de edades comprendidas entre los 14 y 17 años de edad.

2.4 Población

La investigación se realizó a 54 estudiantes de primero y segundo año de Bachillerato, 30 estudiantes de primero “D” y 24 estudiantes de segundo “C” de la sección diurna.

De estos estudiantes 5 son mujeres y 49 son hombres.

La edad cronológica de los estudiantes estuvo comprendida entre los 14 y 17 años.

2.5 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1 Métodos

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

2.5.1.1 Método descriptivo

El cual permitió explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.

2.5.1.2 Método estadístico

Facilitó organizar la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.

2.5.1.3 Transversal

Se centró en analizar cuál era el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto en el tiempo.

2.6 Técnicas

La técnica aplicada en esta investigación fue la encuesta

2.7 Instrumentos

Los instrumentos de evaluación psicológica que nos permitieron recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio, fueron:

1. Cuestionario de variables psicosociales:

En el cual se evalúan algunas variables psicosociales y de salud. Entre las variables psicosociales se encuentran. El sexo, la edad (años), peso (libras), altura, niveles de estudio, tipo de establecimiento, estado civil, ocupación principal, zona donde vive y personas con las que vive.

Entre las variables de salud están: los hábitos de sueño, actividad física, alimentación, y enfermedades.

Este test consta de 20 reactivos.

2. Cuestionario de personalidad tipo A. Type A Behavior Scale (Haynes et al., 1982):

Evalúa la variable personalidad. Valora la presión que el tiempo y trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento. Este tipo de personalidad se caracteriza por la tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y sentido de urgencia exagerado, y que se han encontrado asociadas con problemas de salud, como los trastornos cardiovasculares y muerte prematura.

Este test consta de 10 reactivos

3. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983):

La variable que evalúa es la percepción de estrés actual.

Evalúa el grado en el que las situaciones de la vida son consideradas como estresantes, es decir son percibidas como impredecibles, incontrolables y como sobrecarga.

Este test consta de 14 reactivos.

4. Un cuestionario de Apoyo Social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004):

La variable que evalúa es la percepción subjetiva de soledad. Es decir la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.

Este test consta de 21 reactivos.

5. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011):

Las variables que evalúa son: la flexibilidad e inflexibilidad psicológica. Es decir que evalúa la evitación experiencial o su opuesta, la flexibilidad psicológica, ambos constructos relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y por ende la calidad de vida. Este test consta de 7 reactivos.

6. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008).

Evalúa el grado de resiliencia: La resiliencia es la capacidad de las persona para adaptarse al estrés. Consta de 6 reactivos.

7. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008):

Valora el consumo problemático de alcohol. Es decir identifica a las personas que consumen alcohol de forma perjudicial. Es un método simple de screening del consume excesivo de alcohol y un apoyo a la evaluación breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consume perjudicial.

Consta de 10 reactivos.

8. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010):

Las variables que evalúa son: el consumo de alcohol, Tabaco, cannabis y cocaína entre otros. Evalúa en consumo de estas sustancias en los últimos tres meses. Consta de 11 reactivos

9. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010):

Evalúa las variables ansiedad y depresion. Evalúa la presencia de síntomas depresivos y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las dos últimas semanas. Consta de 9 reactivos.

10. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012):

Evalúa la variable satisfacción vital. Responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de los sujetos. Consta de 1 reactivo.

2.8 Procedimiento

La investigación se realizó de la siguiente manera:

1. Asistencia a una capacitación en la ciudad de Loja sobre el Programa Nacional de Investigación los días Jueves 09, Viernes 10 y Sábado 11 de Abril de 2015, en la cual se trataron los siguientes apartados: Tema de investigación, objetivos, metodología para la aplicación de instrumentos, estrategias de ingreso a los establecimientos educativos, aplicación del consentimiento informado. Adicionalmente dos conferencias abordaron los temas de salud mental y adicción.

2. Selección de variables psicológicas y escalas psicométricas:

- Variables sociodemográficas.
- Personalidad.
- Estrés.
- Apoyo social.
- Inflexibilidad psicológica.
- Compromiso vital.
- Resiliencia.
- Consumo problemático de alcohol.
- Consumo problemático de otras drogas.
- Ansiedad y Depresión.
- Satisfacción vital

3. Selección de la población y muestra, mediante un muestreo casual no experimental. Esta selección se hizo mediante los lineamientos de la Universidad, según los cuales era necesario realizar la investigación en dos grados de primero y segundo año de bachillerato de un instituto fiscal. De esta manera se seleccionó una Unidad

Educativa de la ciudad de Riobamba, por la facilidad de acceso a la misma, y se realizó una conversación previa con el Inspector General el día 22 de mayo del presente año.

Fueron tomados en consideración los criterios de inclusión sugeridos por la institución, es decir: adolescentes ente los 14 y 17 años, de centros educativos fiscal, de primero y segundo año de bachillerato, sección diurna y ubicados en el sector urbano. También se tomaron en cuenta los criterios de exclusión que se detallan: no tener firmado el consentimiento y asentimiento informados, ser mayor de 18 años y pertenecer a un centro educativo de educación especial.

4. Solicitud de acceso al establecimiento educativo y socialización de los objetivos del proyecto, instrumentos a utilizar. Esta información y petición de autorización fue dirigida al rector de la institución.

5. Acercamiento con los padres de primero “D” para diligenciar el consentimiento informado. Esto se realizó el día 28 de mayo en las instalaciones de la institución. Lo mismo se hizo con los padres de segundo “C” el miércoles de junio. Se proporcionó información sobre el proyecto.

6. Organización del material de trabajo.

7. Codificación de las encuestas.

8. Encuentro con los estudiantes para diligenciar el asentimiento informado. Esto se realizó el día 28 de mayo con los estudiantes de primero “D” y lo propio se hizo con los estudiantes de segundo “C” el día 11 de junio.

Se hizo una explicación a los estudiantes sobre algunos puntos de importancia: nombre del proyecto de investigación, propósito del estudio, procedimientos, riesgos e inconvenientes de participar en el estudio, beneficios como participante del mismo, beneficios, confidencialidad y manejo de la información y retiro voluntario.

9. Aplicación de las encuestas, enseguida de la devolución de los asentimientos informados. Se dieron instrucciones precisas y se atendieron algunos interrogantes de los estudiantes.

10. Ingreso de datos y elaboración de los informes respectivos. Se contó con una capacitación en la sede de Quito el día 27 de junio sobre el ingreso y análisis de datos.

11. Análisis e interpretación de datos.

12. Entrega de un informe de la investigación a los centros educativos.

2.9 Recursos

2.9.1 Talento humano

En la investigación participaron los profesores asesores de la Universidad Técnica Particular de Loja; personal de la Unidad Educativa ubicada en la ciudad de Riobamba: El rector, el inspector general, los estudiantes seleccionados; y la encuestadora, estudiante egresada de Psicología.

2.9.2 Recursos materiales

- Materiales de consulta proporcionados por la Universidad.
- Baterías psicológicas para la realización de las encuestas.
- Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación.
- Catálogo de Acceso Público Online (OPAC) y bases de datos científicas
- Base de datos de los establecimientos educativos
- Algunos documentos requeridos para realizar la investigación: Carta de presentación para los rectores de las instituciones educativas, batería de los instrumentos psicológicos, consentimiento informado para los rectores, consentimiento informado para los padres, asentimiento informado para los estudiantes.
- Matriz para el ingreso de datos.
- Documento sobre metodología de la investigación.
- Documentos requeridos para la investigación: Solicitudes, consentimientos y asentimientos informados.
- Informes realizaos por la estudiante.

2.9.3 Recursos Institucionales

- Unidad Educativa
- Universidad Técnica Particular de Loja.

2.9.4 Recursos económicos

Tabla 2: Presupuesto.

Presupuesto en dólares	
Bienes	Costo (usd)
- Material Bibliográfico	20
- Material de Escritorio	20
- Material Impreso	100
Subtotal	140

Presupuesto en dólares	
Servicios	Costo (usd)
- Servicio de Internet	40
- Viáticos y Movilidad	150
Subtotal	190

Presupuesto en dólares	
Resumen	USD
- Subtotal 1	140
- Subtotal 2	190
Total	330

Elaborado por: Andrea Riaño Maldonado

CAPÍTULO III
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

3.1 Datos Psicosociales

El primer gráfico de este apartado tiene por objeto identificar que grupo poblacional pertenece al género femenino y cual al género masculino

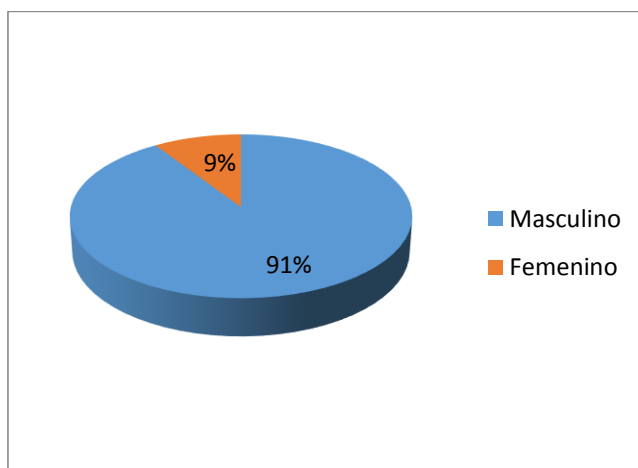


Figura 1. Sexo

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto al género de la población investigada, se consideró un alto porcentaje, del 91 % para el género masculino y el 9% para el género femenino.

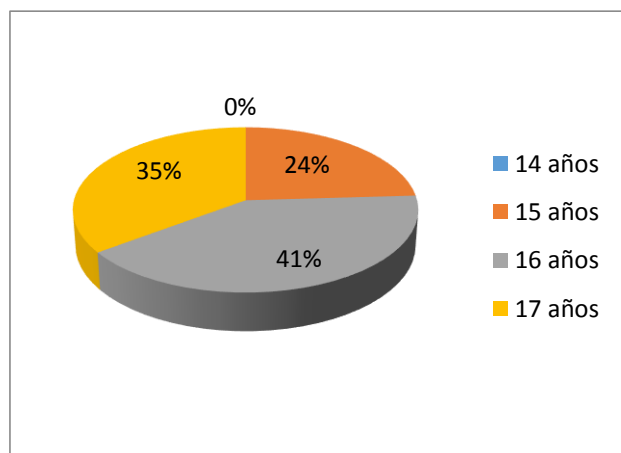


Figura 2. Edad

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la edad de los estudiantes, se observó que el 41% tenía 16 años en el momento de la investigación, El 35% 17 años y el 24 % 15 años. En la muestra obtenida ningún estudiante tenía 14 años.

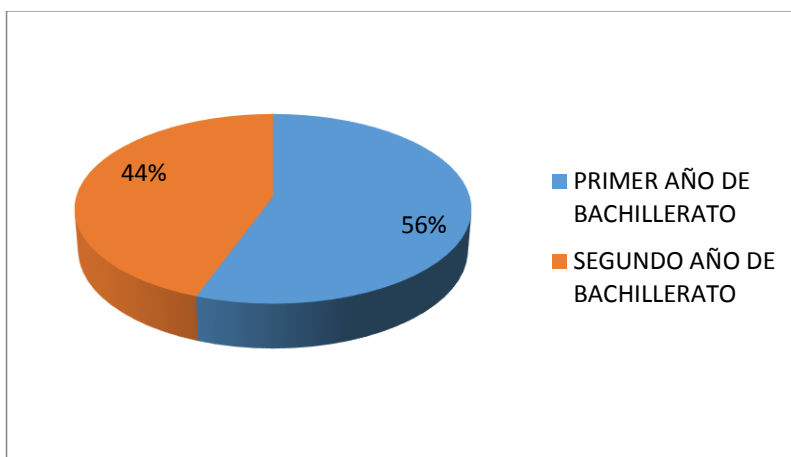


Figura 3. Año de Bachillerato

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con relación al grado de estudio, se apreció que el 56% de los estudiantes cursaba primero de bachillerato, y 44% Segundo de bachillerato.

3.2 Análisis de resultados generales

En el siguiente gráfico constan los resultados generales variable por variable

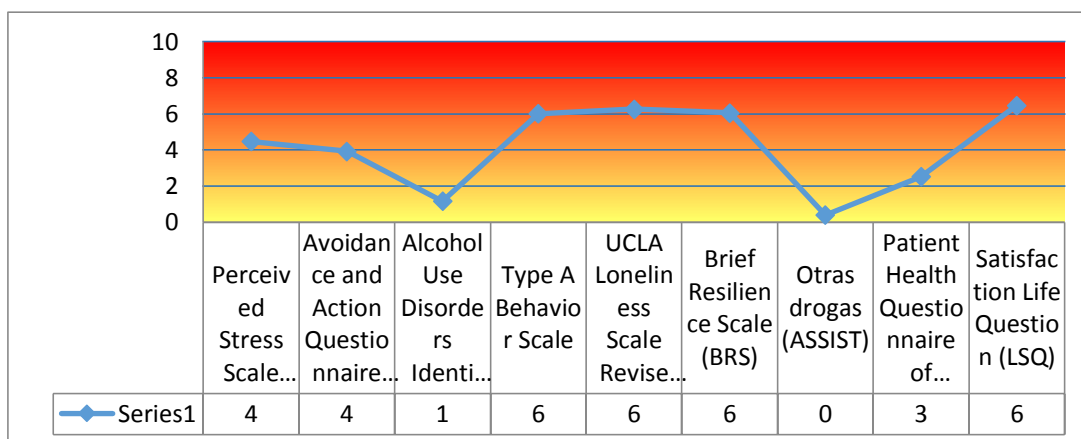


Figura 4. Tabla de resultados generales

En lo concerniente a la tabla de resultados generales, se observó que la tercera variable AUDIT, se encuentra 1 punto por debajo de la media, por lo cual se consideró como una variable protectora.

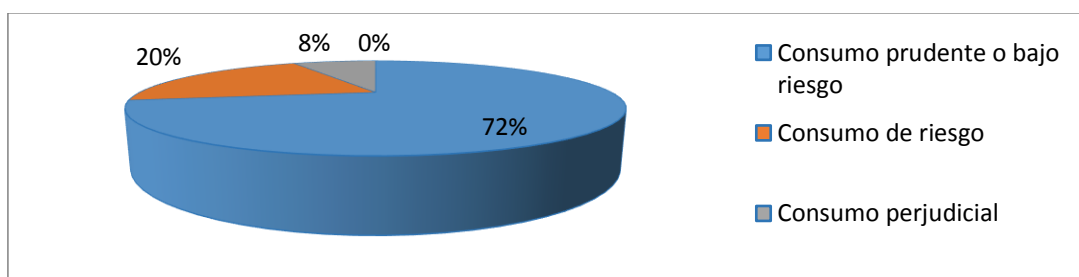


Figura 5. Test de Audit

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Respecto al test de Audit, se estimó que un alto porcentaje de la población, es decir, un 72% tiene un consumo prudente de alcohol, lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 4. Por lo tanto esta es considerada como una variable protectora.

Con relación al “Tipo de personalidad A”, se puede observar que existe una puntuación elevada de 6, un punto por encima de la media establecida de 5, por lo tanto esta se considera una variable de riesgo.

Tabla 2. Frecuencia (Type A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada	
1	25	16	13	0	
TOTAL					
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	5	21	21	7	
3	12	28	12	2	
4	3	23	14	12	
5	11	20	9	14	
6	4	23	21	6	
TOTAL	60	131	90	41	322
Reactivo	Si		No		
7	35		18		
8	38		15		
9	45		9		
10	29		24		
TOTAL	147		66		213

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

En lo referente al tipo de personalidad, se observa en la tabla de frecuencias, que 25 estudiantes (reactivo 1) tienen un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas. 28 alumnos (reactivo 3) consideran que de vez en cuando son muy exigentes y competitivos, y 45 estudiantes (reactivo 9) piensan que alguna vez se han sentido incómodos o insatisfechos con su rendimiento académico. Esta es considerada una variable de riesgo, lo que se corrobora con el resultado de la figura 4.

En lo concerniente a la percepción de soledad, observamos en la Figura 4, una puntuación elevada de 6 para el test de UCLA, que supera en un punto la media establecida de 5, por lo cual se considera que esta es una variable de riesgo.

Tabla 3. Frecuencia Test UCLA

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	0	22	28	4	
2	4	24	22	4	
3	13	24	15	2	
4	11	23	14	6	
5	2	12	17	22	
6	3	20	26	5	
7	21	18	10	5	
8	9	24	21	0	
9	1	7	17	28	
10	0	10	36	8	
11	17	30	6	0	
12	13	22	17	1	
13	10	24	14	5	
14	20	20	12	2	
15	1	15	23	14	
16	2	15	25	11	
17	8	21	18	7	
18	8	28	17	1	
19	1	14	23	16	
20	2	10	22	20	
TOTAL	146	383	383	161	1073

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la percepción de soledad, se observa que la mayor concentración de las respuestas corresponde a “rara vez” y “a veces”. Algunos ítems donde se ubican las máximas frecuencias, corroboran la puntuación elevada de 6 de la figura 4, por lo que se considera que esta es una variable de riesgo.

En el ítem 1, con respecto a la pregunta: ¿Con qué frecuencia sientes que la gente te entiende?, 28 estudiantes contestaron “a veces” y 22 contestaron “rara vez”. Con respecto a la pregunta ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas?, del ítem 10, 36 estudiantes contestaron “a veces” y 10 estudiantes contestaron “rara vez”. En el ítem 18, 28 estudiantes contestaron “rara vez” a la pregunta: ¿Con qué frecuencia sientes que tienes personas alrededor, pero no están contigo?, y 17 personas contestaron “a veces”.

En el caso de la variable Resiliencia (Brief Resilience Scale), en los resultados generales, existe una puntuación de 6, un punto por encima de la media, por lo tanto esta se considera como una variable protectora.

Tabla 4. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	7	7	19	13	7	
2	11	12	20	6	4	
3	7	8	19	17	3	
4	6	15	18	9	5	
5	9	16	9	16	3	
6	5	15	14	13	7	
TOTAL	45	73	99	74	29	320

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la variable Resiliencia, se observa en la tabla de frecuencias, que 20 estudiantes consideran con respecto a la afirmación “lo paso mal superando situaciones estresantes” un resultado neutral, sin embargo en este mismo ítem, 12 estudiantes se mostraron en desacuerdo, y 11 “muy en desacuerdo”. En el ítem 1, 19 estudiantes contestaron de forma neutral a la afirmación, “Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles”, y en este mismo ítem 13 estudiantes contestaron que “están de acuerdo”.

En relación al tercer ítem, 19 estudiantes respondieron “neutral” frente a la afirmación “no me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante”, y 17 estudiantes se mostraron “de acuerdo” con respecto a la misma. Estos resultados se corroboran con la puntuación elevada de 6 en la gráfica 4, por lo tanto esta se considera una variable protectora.

En el caso de la Ansiedad y Depresión, se observa en la figura 4 un puntaje de tres por debajo de la media establecida, por lo cual se considera como una variable protectora.

Tabla 5. Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	20	19	9	6	
2	15	27	8	4	
3	29	15	5	5	
4	27	17	4	6	
5	23	19	6	5	
6	26	21	2	5	
7	33	12	6	3	
8	32	14	4	4	
9	42	6	3	3	
TOTAL	247	150	47	41	485

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con referencia a la variable Ansiedad y Depresión, se aprecia que 42 individuos “no han pensado que estarían mejor muertos, o han deseado hacerse daño de alguna forma”. Este resultado se corrobora con la Figura 4, por lo tanto se puede afirmar que esta es una variable protectora.

Finalmente, en lo referente a la variable Satisfacción vital, se observa una puntuación de 6, por encima de la media establecida, lo que indica que esta variable es protectora.

Tabla 6. Frecuencia (LSQ)

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	4	0	0	2	10	2	9	9	10	5	51

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la pregunta “¿Cuál es el nivel de satisfacción de su vida en general?”, 10 estudiantes registraron 5 y 10 estudiantes puntuaron 9 lo cual se corrobora con el resultado de la figura 4. Por lo cual esta es una variable protectora.

3.3 Análisis de resultados respecto al género femenino

La siguiente tabla muestra los resultados generales respecto al género femenino

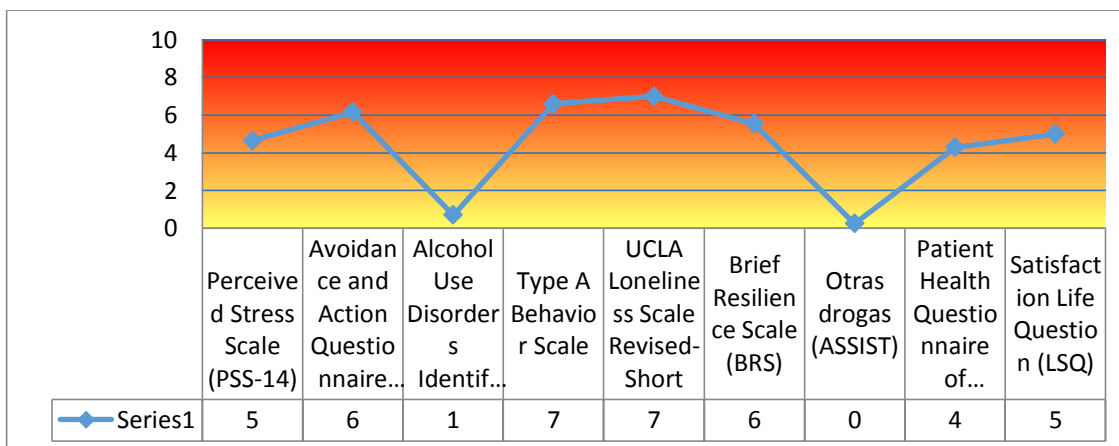


Figura 6. Figura de la batería con resultados estandarizados género femenino

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

En cuanto a la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se ubica con una puntuación de 6, 7 con un punto por encima de la media, lo cual indica que esta variable es de riesgo.

Tabla 7. Frecuencia (AAQ-7) género femenino

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	0	1	3	0	0	0	1	
2	0	1	0	2	0	0	2	
3	0	1	1	2	0	0	1	
4	0	0	1	2	0	0	2	
5	0	0	1	2	1	0	1	
6	2	1	0	0	0	1	1	
7	0	0	0	3	1	0	1	
TOTAL	2	4	6	11	2	1	9	35

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

En los que se refiere a la variable de inflexibilidad psicológica, se observa que las mayores frecuencias están en el reactivo 1, en el cual 3 estudiantes expresaron que raramente es verdad que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que sea difícil vivir la vida que quería. En el reactivo 7 existe también una frecuencia de 3, por esto tres

estudiantes contestaron que “a veces mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir”. Por lo tanto este resultado se corrobora con el resultado de la figura 6, y por lo tanto esta variable es considerada como de riesgo.

De acuerdo a las respuestas obtenidas, se puede verificar que la tercera variable AUDIT, se encuentra en 1 punto por lo cual se considera como una variable protectora, al encontrarse por debajo de la media establecida de 5 puntos.

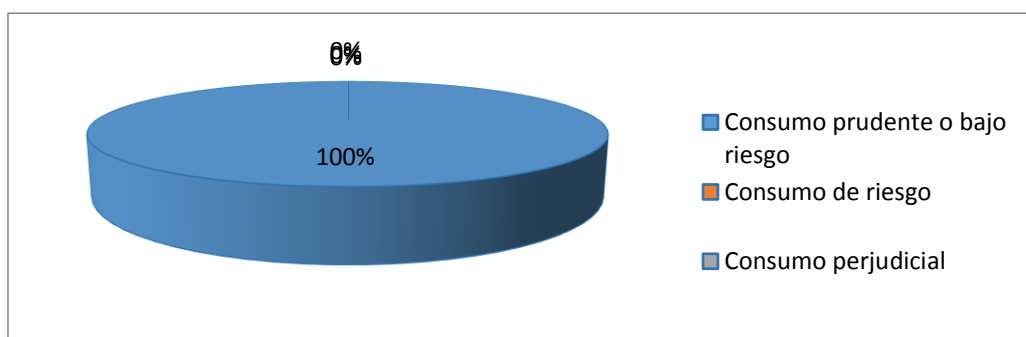


Figura 7. Test de Audit género femenino

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Según los resultados de la investigación, se considera un alto porcentaje, el 100% para un consumo prudente o bajo riesgo. Este resultado se corrobora con el obtenido en la figura 6. Por lo tanto esta variable se considera como protectora.

En cuanto a la variable “Tipo de personalidad A”, se observa una puntuación elevada de 7, la cual supera en dos puntos la media establecida de 5, lo cual señala a (Type A Behavior Scale) como una variable de riesgo.

Tabla 8. Frecuencia (Type A Behavior Scale) género femenino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	2	2	1	0

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	0	2	3	0	
3	1	2	1	1	
4	1	2	0	1	
5	0	2	1	2	
6	0	2	3	0	
TOTAL	4	10	6	4	24

Continuación
de la tabla 8.

Reactivo	Si	No	
7	5	0	
8	4	1	
9	5	0	
10	4	1	
TOTAL	18	2	20

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

De acuerdo a los resultados, el total de estudiantes coinciden en que “alguna vez han llevado trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral/escolar. También en que “alguna vez se sienten inseguras, incómodas, o insatisfechas con el rendimiento académico. Este resultado se corrobora con el resultado obtenido en la figura 6, por lo cual esta variable se considera de riesgo.

En lo concerniente a la variable de soledad (UCLA) se aprecia una puntuación de 7 por encima de la media establecida de 5, por lo cual se considera que esta es una variable de riesgo.

Tabla 9. Test (UCLA) género femenino

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	0	1	4	0	
2	0	3	1	1	
3	0	2	2	1	
4	0	4	0	1	
5	0	0	3	2	
6	0	1	2	2	
7	3	1	0	1	
8	2	1	2	0	
9	0	0	2	3	
10	0	0	4	1	
11	2	2	1	0	
12	1	1	2	1	
13	1	0	2	2	
14	1	3	0	1	
15	0	1	1	3	
16	0	0	1	4	
17	2	1	1	1	
18	2	1	2	0	
19	0	0	1	4	
20	0	1	1	3	
TOTAL	14	23	32	31	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto al test de UCLA, se observa que la mayor concentración de las respuestas corresponde a “siempre” y “a veces”. Con respecto al ítem 1, se observa que 4 estudiantes contestaron “a veces”, y una estudiante contestó “rara vez” a la pregunta: ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?; con respecto al ítem 4 cuatro estudiantes contestaron “rara vez”, y una contestó “siempre” a la pregunta ¿Con qué frecuencia te sientes solo?, estos resultados se corroboran con el puntaje de 7 en la figura, por lo tanto esta se considera una variables de riesgo.

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), en la figura 6. la población se ubica con una puntuación de 6, que es un puntaje elevado con respecto a la media, por lo tanto esto significa que la población investigada puede superar de forma positiva los problemas que afrontan al ser una variable protectora.

Tabla 10. Frecuencia (BRS) género femenino

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	0	0	2	2	1	
2	0	3	1	0	1	
3	0	0	2	3	0	
4	0	0	1	2	2	
5	1	2	0	2	0	
6	0	0	0	3	2	
TOTAL	1	5	6	12	6	30

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la variable resiliencia, se observa que en el reactivo 2, existe una frecuencia de 3, por lo cual ese número de estudiantes considera que “no la ha pasado mal superando situaciones estresantes”. El mismo número de estudiantes contestó en el reactivo 3, que “no le lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante”. Estos resultados se corroboran con el puntaje de 6 de la figura 6, por lo tanto esta se considera como una variable protectora.

3.4 Análisis de resultados respecto al género masculino

La siguiente tabla permite observar los resultados generales por variable para el género masculino.

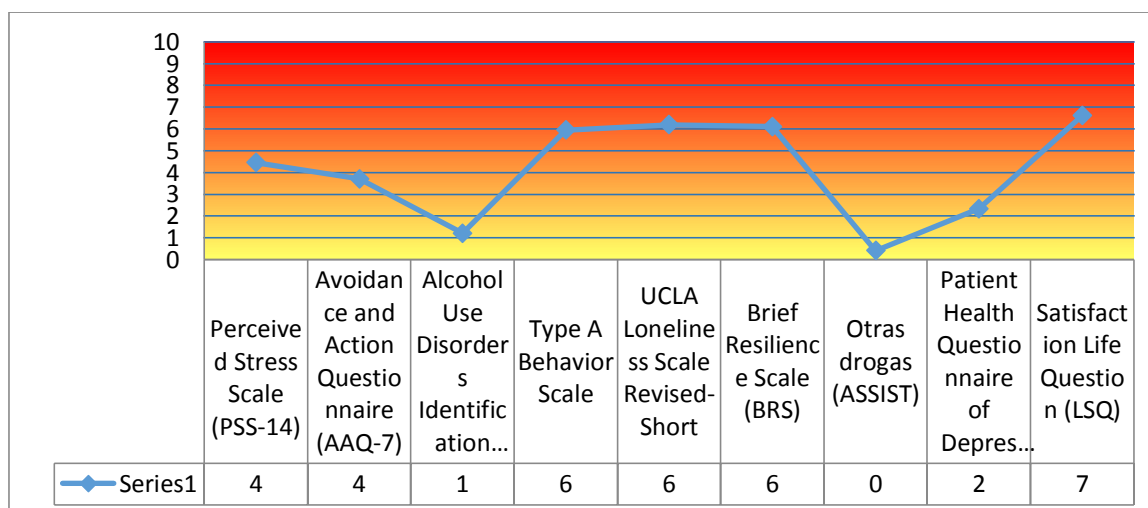


Figura 8. Figura de la batería con resultados estandarizados género masculino

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la variable estrés, se observa una puntuación de 4 por debajo de la Media, por lo cual esta variable se considera como protectora.

En cuanto a la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7), en la figura 8 se observa que la misma se ubica con una puntuación de 4, por debajo de la media, lo cual indica que esta variable es protectora.

Tabla 11. Frecuencia (AAQ-7) género masculino

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	13	12	5	15	0	4	0	
2	15	13	6	9	1	5	0	
3	12	15	7	9	0	3	3	
4	21	14	2	9	1	1	1	
5	9	19	5	11	3	0	2	
6	21	12	3	9	0	2	2	
7	11	17	10	7	2	2	0	
TOTAL	102	102	38	69	7	17	8	343

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7), se observa que 21 estudiantes consideran que “nunca es verdad que sus recuerdos dolorosos le impidan llevar una vida plena”. La misma frecuencia de estudiantes no está de acuerdo con que las demás personas llevan una vida mejor que ellos. Por lo tanto este resultado se corrobora con el resultado de la figura 8, lo cual indica que esta variable es considerada como protectora.

De acuerdo a las respuestas obtenidas, se puede verificar que la tercera variable AUDIT, se encuentra en 1 punto por lo cual se considera como una variable protectora, al encontrarse por debajo de la media establecida de 5 puntos.

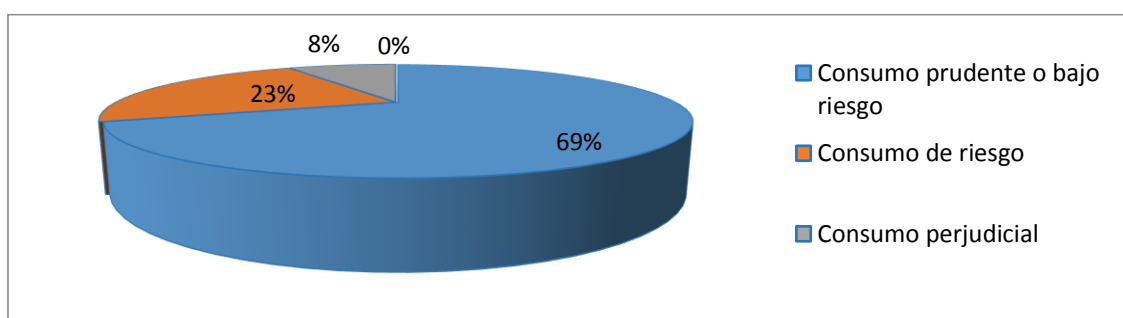


Figura 9. Test de Audit género masculino.

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Respecto al test de Audit, se estima que un alto porcentaje de la población, es decir, un 100% tiene un consumo prudente de alcohol, lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 8. Por lo tanto esta es considerada como una variable protectora.

Con relación al “Tipo de personalidad A”, existe una puntuación elevada de 6, la cual supera la media establecida de 5, lo cual indica que esta es una variable de riesgo.

Tabla 12. Frecuencia (Type A Behavior Scale) género masculino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	23	14	12	0

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	5				
3	11	19	18	7	
4	2	26	11	1	
5	11	21	14	11	
6	4	18	8	12	
TOTAL	56	21	18	6	
		119	81	37	293

Reactivo	Si	No	
7	30		
8	34	18	
9	40	14	
10	25	9	
TOTAL	129	23	
		64	193

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

De acuerdo a las respuestas obtenidas en la variable “tipo de personalidad”, se observa una mayor frecuencia para el reactivo 1, en el cual 14 estudiante consideran que tienen un fuerte deseo de ser los mejores en la mayor parte de las cosas. En el reactivo 3, 26 estudiantes consideran que de vez en cuando son muy exigentes y competitivos; y 40 estudiantes (reactivo 9), consideran que alguna vez si se siente inseguros, incómodos o insatisfechos con respecto a su rendimiento académico. Este resultado es confirmado con el puntaje de la figura 8, por lo tanto se considera como una variable de riesgo.

Con relación a la variable de soledad (UCLA) existe una puntuación elevada de 6, la cual supera en un punto la media establecida de 5, por lo cual esta se considera una variable de riesgo.

Tabla 13. Test (UCLA) género masculino

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	0	21	24	4	
2	4	21	21	3	
3	13	22	13	1	
4	11	19	14	5	
5	2	12	14	20	
6	3	19	24	3	
7	18	17	10	4	
8	7	23	19	0	
9	1	7	15	25	
10	0	10	32	7	
11	15	28	5	0	
12	12	21	15	0	
13	9	24	12	3	
14	19	17	12	1	
15	1	14	22	11	
16	2	15	24	7	
17	6	20	17	6	
18	6	27	15	1	
19	1	14	22	12	
20	2	9	21	17	
TOTAL	132	360	351	130	973

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Respecto a la variable de soledad, se observa que la mayor concentración de las respuestas corresponde a “rara vez” y “a veces”. Con respecto al ítem 1, 24 estudiantes contestaron “a veces”, y 21 “rara vez”, a la pregunta: ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?; en el ítem 6, 24 estudiantes contestaron “a veces”, y 19 “rara vez”, al interrogante ¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?; con respecto al ítem 10, una frecuencia de 32 estudiantes contestó “ a veces” y 10 contestaron “rara vez” a la pregunta: ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas? Estos resultados se corroboran con el puntaje de 6, por lo tanto esta se considera como una variable de riesgo.

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), existe una puntuación de 6, por encima de la media, lo cual significa que esta es una variable protectora.

Tabla 14. Frecuencia (BRS) género masculino

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	7	7	17	11	6	
2	11	9	19	6	3	
3	7	8	17	14	3	
4	6	15	17	7	3	
5	8	14	9	14	3	
6	5	15	14	10	5	
TOTAL	44	68	93	62	23	290

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con relación a la variable resiliencia, se observa que 19 estudiantes respondieron de forma neutral al interrogante “lo paso mal superando situaciones estresantes”, y en este mismo ítem 9 estudiantes se mostraron en “desacuerdo” y 11 “muy en desacuerdo”. Con respecto al ítem 3, 17 estudiantes contestaron de forma “neutral” a la afirmación “no me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante” y 14 estudiantes respondieron estar “de acuerdo” con esta afirmación. Este resultado es corroborado con el de la figura 8 por lo cual esta variable es considerada como protectora.

En cuanto a la variable “Depresión y Ansiedad”, se observa una puntuación de 2, por debajo de la media, por lo cual se considera una variable protectora.

Al revisar la tabla de la misma variable se puede observar que existe una relación entre las dos.

Tabla 15. Frecuencia (PHQ-9) género masculino

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	19	18	9	3	
2	15	23	8	3	
3	28	13	4	4	
4	25	16	3	5	
5	22	16	6	4	
6	23	20	2	4	
7	32	9	6	2	
8	29	13	4	3	
9	42	3	2	2	
TOTAL	235	131	44	30	440

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la variable Ansiedad y Depresión, se observa una frecuencia elevada de 42 individuos, los cuales “nunca han pensado que estarían mejor muertos, o han deseado hacerse daño de alguna forma”. Por lo tanto esta es considerada como una variable protectora.

En cuanto a la variable satisfacción de vida que tiene la población de género masculino objeto de investigación, como se observa en la figura 8 tiene 7 puntos, lo que significa que esta es una variable protectora, ya que se encuentra dos puntos arriba de la media establecida de 5.

Tabla 16. Test (LSQ) género masculino

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	3	0	0	2	8	2	7	9	10	5	46

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de un centro educativo de Riobamba.

Elaboración: Andrea Riaño

Con respecto a la pregunta “¿Cuál es el nivel de satisfacción de su vida en general? 10 estudiantes realizaron una puntuación de 9 sobre 10 puntos. De acuerdo a este resultado, esta variable es protectora, lo cual se corrobora en el resultado del gráfico de la figura 8.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS], Muchos problemas de la Salud Mental surgen al término de la infancia y a principios de la adolescencia (OMS, 2014).

En el caso de Ecuador, en el año 2013, el INEC informa que en el año cerca de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol, de los cuales el 2.5% la población entre 12 y 18 años consume algún tipo de licor, el grupo de edad entre 19 y 24 años, el 12% y el grupo de 25 a 44 años, el 11,5%, correspondiendo el 89,7% a los hombres y el 10,3% a las mujeres.

En relación al Cantón Riobamba, la misma encuesta aplicada por el [CONSEP] y el Observatorio Nacional de Drogas [OND], permite evidenciar que en relación al uso de alcohol, existe un consumo ocasional del 20,37% con respecto al consumo de 20,56% a nivel nacional. Además de un 5,43% de uso regular a nivel local, frente al 7,03% a nivel nacional; un uso frecuente de 2,52% a nivel local, frente a la tasa nacional de 3,62% y un uso intenso local de 1,10%, frente al 2,03% nacional (CONSEP, 2012).

En la presente investigación se ha observado que existe un consumo prudente o bajo riesgo del 72%, y un consumo de riesgo del 20%. También se evidencia un consumo perjudicial del 8%.

Un estudio realizado por la UTPL sobre el consumo de alcohol en el año 2015, realizado a estudiantes, reveló que el 24% de los estudiantes está en riesgo y el 3.9% bebe en exceso (UTPL, 2015).

Con respecto al consumo de cigarrillo, se evidencia un consumo ocasional de 6,58% a nivel local frente al 5,24% a nivel nacional. Un uso regular del 1,75% a nivel local frente al 1,92 % nacional; uso frecuente de 1,75% a nivel local frente al 1,74% nacional y por último el 0,88% a nivel local frente al 1,16% nacional. Con respecto al consumo de sustancias ilícitas existe un uso experimental de la marihuana del 1,78% local frente al resultado nacional del 2,30%; un uso ocasional del 1,20% frente al nacional de 1,63%.; Un uso regular del 0,06% frente al resultado nacional de 0,29%. Un uso frecuente del 0,47% frente al nacional del 1,35% y un uso intenso del 0,22% frente al nacional 0,22% (CONSEP 2012).

Con respecto al consumo de otras drogas psicoactivas, en esta investigación no se encontraron evidencias al respecto.

Considerando los resultados generales obtenidos en la investigación, la puntuación de 4 por debajo de la media establecida de 5 en el test de inflexibilidad psicológica, indica que esta variable es protectora, lo cual se puede corroborar con las más altas frecuencias reflejadas como respuestas en los ítems: “parece que la gente lleva su vida mejor que yo”, “mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena”, o en “mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida”.

Este resultado se puede contrastar con el estudio realizado en la UTPL denominado “Distribución nacional del consumo de sustancias y otros indicadores de Salud Mental en la comunidad Universitaria”. Los resultados fueron presentados por el doctor Pablo Ruisoto, investigador de la Universidad de Salamanca, en Abril de 2015, quien se refirió al estudio del cual participaron 3 mil estudiantes de la modalidad presencial, 80 administrativos y 300 profesores. Las variables tomadas en consideración fueron el estrés psicológico, la satisfacción laboral, depresión, ansiedad y apoyo social (UTPL, 2015).

Los resultados de esta investigación, según palabras del Dr. Pablo, indicaron que el estrés está relacionado con el consumo problemático de alcohol, y se refirió a la inflexibilidad psicológica como un problema central (UTPL, 2015).

Esta es una investigación de tipo descriptivo por lo tanto no es posible hacer este tipo de correlaciones, sin embargo es importante precisar, que los resultados del presente estudio revelaron un bajo nivel de estrés, con un puntaje de 4 por debajo de la media establecida, por lo tanto esta variable se consideró como protectora.

En base a la literatura, según (Rodríguez, 2002, p.86), la rigidez mental es características de la mayoría de trastornos mentales, lo que confirma que esta es una variable protectora dentro de la investigación, debido a su bajo puntaje. Sin embargo, al realizar un análisis por géneros, se aprecia que en las mujeres esta variable tiene una puntuación elevada de 6 por encima de la medida, por lo cual se considera de riesgo, por lo tanto en este grupo se evidencia la inflexibilidad psicológica.

Al analizar las puntuaciones de las variables “personalidad Tipo A” y “percepción de soledad”, se observa que existe un puntaje de 7 para el género femenino y de 6 para el masculino.

En relación a las variables protectoras, se ha determinado que en el caso del género masculino estas son la flexibilidad psicológica con un puntaje de 4 y la satisfacción vital, con una puntuación de 7, y en el caso del género femenino, la resiliencia, puntuada con 6 sobre la media estimada de 5.

Con respecto a los resultados generales obtenidos en el test de "personalidad Tipo A", se observa una puntuación de 6, por encima de la media establecida de 5, por lo tanto esta se considera como una variable de riesgo, lo que se puede corroborar con las más altas frecuencias reflejadas como respuestas en los ítems: "Tengo un fuerte deseo de sobresalir", "soy muy exigente y competitivo", "alguna vez se siente inseguro, incómodo o insatisfecho con su rendimiento académico".

Considerando los resultados generales obtenidos en la investigación, la puntuación de 6 por encima de la media establecida de 5 en el test de UCLA, con respecto a la sensación subjetiva de soledad, indica que esta variable es riesgo, lo cual se puede corroborar con las más altas frecuencias reflejadas como respuestas en las preguntas de los ítems: ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?, ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas?, ¿Con qué frecuencia te sientes excluido?, ¿Con qué frecuencia sientes que tienes personas alrededor, pero sientes que no están contigo?.

Con respecto al primero de los ítems mencionados: ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende? 22 estudiantes contestaron "rara vez", y 28 estudiantes contestaron "a veces". Con respecto a la pregunta ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas?, 36 estudiantes contestaron "a veces", y 10 contestaron "rara vez".

La sensación subjetiva de soledad, es la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas. Con respecto a este test, se aprecia nuevamente una diferencia de un punto entre los géneros, siendo de 7 para el género femenino y de 6 para el masculino.

Considerando los resultados generales obtenidos en la investigación, la puntuación de 6 por encima de la media establecida de 5 en el test de resiliencia, indica que esta variable es protectora, lo cual se puede corroborar con las más altas frecuencias reflejadas como respuestas en los ítems: "Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles", "lo paso mal superando situaciones estresantes", y "no me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante".

Existe una relación comprobada entre la resiliencia y el estrés, ya que se ha demostrado que el estrés psicosocial crónico (EPC) actúa sobre el sistema cardiovascular, sin embargo las personas con un alto nivel de resiliencia tienen formas de afrontamiento que permiten atenuar la acción de estímulos estresantes (Sociedad Argentina de Cardiología, 2012, p. 92)

Con respecto a los resultados generales obtenidos en el test (PHQ-9) se observa una puntuación de 3, por debajo de la media establecida de 5, por lo tanto esta se considera como una variable protectora, lo que se puede corroborar con las más altas frecuencias reflejadas como respuestas en los ítems: “Ha referido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico”, “Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta”, o “Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma”.

Considerando los resultados generales obtenidos en la investigación, la puntuación de 6 por encima de la media establecida de 5 en el test (LSQ), indica que la variable satisfacción vital es protectora, lo cual se puede corroborar con las más altas frecuencias reflejadas obtenidas en los numerales 5, 7, 8, 9.

Según un artículo realizado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], Adrián White, un investigador de la universidad Leicester, realizó en el año 2007, un estudio que permitió comparar los niveles de satisfacción vital de los diferentes países del mundo. A nivel de Latinoamérica se determinó que países como Costa Rica, Venezuela, Colombia, y República Dominicana gozan de una buena satisfacción vital. En el otro extremo, es decir entre los países con insatisfacción vital se ubicaron Ecuador, Perú y Bolivia. En este estudio Ecuador se ubicó en el puesto 111 de 178 países analizados. (SENPLADES, 2012).

Este estudio permitió observar que el 30,86% de los ecuatorianos se siente muy satisfecho con su vida, el 3,9% muy infeliz y el 14,65% infeliz (SENPLADES, 2012).

El estudio por provincias permitió observar que los mayores índices de satisfacción vital se encuentran en Tungurahua, Guayas, El Oro, Pichincha y Azuay. Las provincias con mayor insatisfacción son Cotopaxi, Loja, Cañar, Chimborazo y Bolívar.

Con respecto al Ecuador, existe un estudio sobre la satisfacción vital realizado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], bajo la coordinación de René Ramírez Gallegos. Entre los años 2006 y 2007, se realizaron algunas preguntas incluidas en la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), la misma que tuvo una representatividad rural, provincial y urbana. La encuesta tuvo un tamaño de 76.922 encuestados (SENPLADES, 2012).

Para realizar este estudio se realizó la siguiente pregunta: “¿Cuán satisfecho está con su trabajo, con su situación financiera del hogar, ocio, salud, educación, vida familiar, medio ambiente, vida social, participación público/ política y gobierno?” (SENPLADES, 2011, 15)

En términos internos, esta investigación concluyó que Ecuador es un país parcialmente feliz. “*El promedio de felicidad en un rango de 0 a 10 es de 6,25, en donde el 60% de los ecuatorianos se encuentra en el rango entre 4 y 7. El 30,86% de los ecuatorianos está muy satisfecho con su vida, mientras que el 18,55% se siente infeliz*” (SENPLADES, 2011, p.50)

CONCLUSIONES

1. Según los resultados obtenidos en la investigación, se puede concluir que los adolescentes investigados presentan las siguientes variables de riesgo: tipo de personalidad A y sensación subjetiva de soledad, consideradas como variables de riesgo con puntajes de 6 por encima de la media estimada de 5; y las siguientes variables protectoras: la flexibilidad psicológica con puntaje de 4, consumo de sustancias psicoactivas con 1 en el caso del alcohol, y 0 en el caso de otras drogas, resiliencia con puntaje de 6, depresión y ansiedad con puntaje de 3, y satisfacción vital, con puntaje de 6, tomando como referencia la media estimada de 5.

2. Con respecto a las variables asociadas con el consumo problemático de sustancias estupefacientes, se ha determinado en esta investigación que el apoyo social, personalidad y estilos de afrontamiento son variables de riesgo; mientras que el bajo estrés y resiliencia, son variables protectoras.

4. De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que existen diferencias en los resultados por género, ya que si bien en los dos casos se identificaron como variables de riesgo, el tipo de personalidad A, y la percepción de soledad, en el caso de las mujeres esta puntuación es más elevada, siendo de 7, es decir un punto más que los varones, por encima de la media establecida de 5. Además en el grupo de las mujeres existe una variable de riesgo no identificada en el género opuesto, la inflexibilidad psicológica, con un puntaje de 6 por encima de la media.

Con respecto al resto de las variables, son consideradas como protectoras en los dos grupos, a excepción de la percepción de estrés y la satisfacción vital, que en el caso de las mujeres fueron puntuadas con 5, en relación a la media establecida de 5, por lo que no pueden ser consideradas como protectoras o de riesgo.

5. Según los resultados obtenidos, se pudo evidenciar un consumo de sustancias psicoactivas bajo.

RECOMENDACIONES

1. Según los resultados obtenidos, se concluye que en la población investigada las variables de riesgo son la inflexibilidad psicológica, la personalidad tipo A y la percepción subjetiva de soledad, por lo tanto este grupo requiere una intervención primaria, a través de charlas, talleres y asesoramientos sobre estos temas.

2. En relación a la variable inflexibilidad psicológica, es importante impartir talleres sobre el manejo de los recursos personales.

3. Con respecto a la variable percepción de soledad, es importante buscar el fortalecimiento de las redes sociales de los estudiantes, a través de educación a la familia, y creación de actividades que fomenten la integración. También es importante generar actividades para estrechar los vínculos entre los estudiantes y con la comunidad educativa.

4. Con relación a la variable tipo de personalidad A, es importante mejorar los recursos personales con los que se afrontan las diferentes situaciones de la vida, entre los cuales se encuentran: la flexibilidad, adaptación a los cambios, formación en habilidades sociales y equilibrio estudio – vida privada, lo cual se puede hacer a través de talleres con la participación de los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Acero, P. (2008). *Del dolor a la esperanza*. Bogotá, Colombia: Editorial San Pablo.
- Acosta, J. (2015). *Inteligencia emocional: desmontando tópicos*. Madrid, España: Editorial ESIC.
- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. Barcelona, España: Editorial Boixareu Universitaria.
- Alcantud, F. et al. (2012). *Trastornos del desarrollo asociados con la exposición al alcohol durante el embarazo y la lactancia*. Valencia, España: Editorial Nau Llibres.
- Alonso, E. (2008). *El talante de vivir*. Madrid, España: Editorial ISTMO.
- Alterman, A. (2014). *Substance abuse and Psychopathology*. New York, USA.
- Alvarado, J. (2003). *Introducción a la clínica*. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Javeriano, CEJA
- Andrés, A. (2008). *La Personalidad*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Arce, P. (2008). *La escalera del desamor*. Madrid, España: Editorial Visión Libros.
- Belart, C. (2011). *Biología y Geología*. País Vasco, España: Editorial Editex
- Belda, R. (2005). *Técnicos Especialistas de Menores de la Generalitat Valenciana*. Sevilla, España: Editorial MAD.
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid, España: Editorial Panamericana.
- Blazer, D. y Steffens, D. (2010). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson.
- Bloye, D. y Davies, S. (2000). *Lo esencial en psiquiatría*. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson.
- Bosch, E et al. (1999). *Historia de la Misoginia*. Barcelona, España: Editorial Anthropos.
- Brick, J. (2008). *Handbook of the Medical Consequences of Alcohol and Drug Abuse*. United States of America: by The Harworth Press, Taylor & Francis Group.
- Burzaco, E. y Berensztein, S. (2014). *El poder narco*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Campos, P. (2002). *Biología*. Barcelona, España: Editorial Vicens Vives S.A

- Cardenal, V. y Sánchez, M. (2013). *Mujeres, trabajo y salud*. Madrid, España: Ed. Complutense.
- Cardona, J. et al. (1993). *No te rindas ante la droga*. Madrid, España: Ediciones Rialp.
- Castro, N. (2015). *Secreto de estado: la verdad sobre la salud de Cristina Fernández de Kirchner*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Ceberio, M. (2013). *El Cielo puede esperar*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Cohn, M., Fredickson, B., Brown, S., Mikels, J., Y Conway, A. (2009). La felicidad sin envasar: Emociones positivas aumentan la satisfacción de la vida por la construcción de resiliencia. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126102/>
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas [CONSEP]. (2013). *Usos, consumos de drogas y prevenciones*. Quito, Ecuador: Editorial CONSEP.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Chang, M. (2012). *El consumo de alcohol como un problema de salud pública*. La Habana, Cuba: Editorial UAEM.
- Del Pueyo, B. (2013). *La buena adolescencia*. Barcelona, España: Editorial Grijalbo.
- Doménech, Ll. ((2005). *Actualizaciones y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona, España: Editorial Universidad Autónoma de Barcelona.
- Doula, N. y Ayers, H. (2001). *Problemas de la adolescencia*. Madrid, España: Editorial Narcea.
- Elizondo, L. (2001). *Cuidemos nuestra salud*. México D.F, México: Editorial Limusa.
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y adolescencia*. México D.F, México: Editorial Siglo xxi Editores.
- Fernández, P. et al. (2009). *Drogodependencias*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana
- Galán, S. et al. (2012). *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada*. San Luis Potosí, México: Editorial El Manual Moderno.
- García, J. et al. (2001). *Manual de estudios sobre el alcohol*. Madrid, España: Editorial Edaf.

- Gaonach, D. y Golder, C. (2005). *Manual de Psicología para la enseñanza*. Mexico D.F, México: Editorial: Siglo xxi s.a de c.v.
- Garduño, L. et al. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México D.F, México: Editorial Plaza y Valdés.
- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y Vida*. México D.F, México: Ed. Prentice Hall.
- Gómez, P. (2013). *Resiliencia: gestos del naufragio*. Madrid, España: Editorial LID
- Gómez, R. (2007). *Drogas y control social*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- González, M. (2006). *Manejo del Estrés*. Málaga, España. Ed. INNOVA.
- Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADO- ADHD)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Gustems, J. (2012). *Arte y Bienestar*. Barcelona, España: Editorial UBe.
- Hernández, M. (2002). *Motivación animal y humana*. México D.F, México: Editorial el Manual Médico.
- Hersh, R. (2002). *El crecimiento moral: De Piaget a Kohlberg*. Madrid, España: Editorial Narcea.
- Jarne, A. et al. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Kalat, J. (2004). *Psicología biológica*. Madrid, España: Editorial Thomson
- Kalbermatter, M. (2006). *Resiliente. Se nace, se hace, se rehace*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Leal, F. (2002). *Comprender la enfermedad mental*. Murcia, España: Editorial Universidad de Murcia.
- Leturia, F, et al. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid, España: Editorial Caritas Española.
- Martínez, M. y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Martínez, V. y Bartolomé, R. (2001). *Alcoholismo: Bases para la intervención*. La Mancha, España: Editorial Colección Estudios.
- Mc Dowell, J. (2006). *Manual para consejeros de jóvenes*. Texas, EEUU: Editorial Mundo Hispano
- Micheli, F. et al. (2002). *Tratado de neurología clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Morrison, G. (2005). *Educación Infantil*. Madrid, España: Editorial Pearson EducaciónS.A

- Myers, D. (2006). *Psicología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Narrow, W, et al. (2009). *Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Navas, L. (2009). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones*. Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Márquez, S. y Garatachea, N. (2013). *Actividad Física y Salud*. Madrid, España: Editorial Funiber.
- Monroy, A. (2001). *La formación de valores en los adolescentes*. México D.F, México: Editorial Panorama.
- Montejo, A. (2005). *Sexualidad y salud mental*. Barcelona, España: Editorial Glosa.
- Moreno, T. (2002). *Resiliencia en programa de desarrollo infantil temprano*. Lima, Perú: Ediciones P&S.
- Núñez, A, et al. (2010). *Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados*. Revista Perspectiva en Psicológica. Manizales, Colombia: Universidad de Manizales, vol.9. p.13.
- Ochoa, A. (2001). *Respuestas para vivir una sexualidad inteligente y segura*. México D.F, México: Editorial Selector.
- Oliveira, B. (2007). *Guía sexual para adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones LEA S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid, España: Editorial Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de Salud Mental*. París, Francia: Editorial OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE 10)*. Washington, Estados Unidos: Editorial: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006), *Guía práctica de Salud Mental en Desastres*. Washington D.C: Editorial Organización Panamericana de la Salud.
- Otero, J. et al. (2011). *Estrés laboral y Burnout*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Ovejero, A. et al. (2005). *La convivencia sin violencia*. Sevilla, España: Editorial MAD S.L

- Peña, G, et al. (2006). *Una introducción a la psicología*. Caracas, Venezuela: Editorial Publicaciones UCAB.
- Pérez, J. (2006). *ATS/DUE*. Sevilla, España: Editorial MAD S.L
- Pérez, J. et al. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana
- Pérez, M. y López, M. (2005). *Ciencias psicosociales aplicadas*. Barcelona, España: Editorial de la Universidad de Barcelona.
- Polaino, A et al. (2003). *Fundamentos de la Psicología de la Personalidad*. Madrid, España: Editorial: Rialp, S.A.
- Puig, G. (2011). *Manual de Resiliencia aplicada*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Quintanilla, B. (2003). *Personalidad madura: temperamento y carácter*. México, D.F, México: Editorial Publicaciones Cruz O. S.A.
- Ramírez, R. (2013). *Felicidad, Desigualdad y pobreza en la revolución ciudadana*. Quito, Ecuador: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Rechea, B. (1999). *El consumo de drogas en el ámbito laboral*. Cuenca, España: Ediciones de la Universidad de Castilla – La Mancha.
- Redondo, C. et al. (2008). *Atención al adolescente*. Cantabria, España: Editorial Universidad de Cantabria.
- Rodríguez, J. (2002). *Luis Cernuda Ante Sí Mismo*. Madrid, España: Editorial Fundación el Monte.
- Rodríguez, M.E. (2012). *CONOCER LA ENFERMEDAD MENTAL*. País Vasco, España: Editorial Díaz de Santos.
- Rubio, G. et al. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Salazar, M, et al. (2010). *Tratado de Psicofarmacología*. Madrid, España, Editorial Médica Panamericana.
- San Molina, L. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona, España: Editorial Amat.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología*. Ciudad Juárez, México: Ed Pearson.
- Schuckit, M. (2013). *Drug and alcohol abuse*. Nueva York, USA:
- Siebert, A. (2007). *La resiliencia: Construir en la adversidad*. Barcelona, España: Editorial Alienta.
- Soriano, C. et al. (2007). *Fundamentos de Neurociencias*. Madrid, España: Editorial UOC.

- Távara, L. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima, Perú: Editorial PROMSEX.
- Torres, L. (1982). *Tratado de anestesia y reanimación*. Madrid, España: Editorial ARÄN S.A
- Trickett, S. (2006). *Superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona, España: Editorial Hispano Europea.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson.
- Vallet, M. (2006). *Como educar a nuestros adolescentes*. Madrid, España: Ed. Praxis.
- Vargas, M, et al. (2006). *Como lograr salud mental y manejar el estrés*. Bogotá, Colombia: Editorial San Pablo.
- Willard, H, et al. (2005). *Terapia ocupacional*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Yanes, J. (2008). *El control de estrés y el mecanismo del miedo*. Madrid, España: Editorial Edaf.
- Yaria, J. (2005). *Drogas, escuela, familia y prevención*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Bonum.
- Yubero, S. (2001). *Drogas y drogadicción, un enfoque social y preventivo*. Murcia, España: Ediciones Universidad de Castilla – La Mancha.
- National Institute on Drug. (2015). California State University. Recuperado de <http://www.csuchico.edu/cadec/drugFree/consequences.shtml>
- Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes. (2012). Uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Recuperado de http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/infografias/infografia-riobamba.pdf
- National Institute on Drug. (Mayo de 2011). National Institute on Drug Abuse. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-comorbilidad-entre-la-adiccion-y-otros-trastornos-mentales>
- Organización de las Naciones Unidas. (11 de Julio de 2014). Recuperado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/informe-de-la-onu-revela-consumo-de-drogas-en-el-mundo/395174-3>
- Fierro, A. (2004). *Salud Mental, Personalidad Sana, Madurez Personal*. Recuperado de _____ de

http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_mental_personalidad_sana_madurez_personal.pdf

- Leymann, I. (2014). Apoyo social, ayuda y consejos para este tema. Costasur. Recuperado de <http://psicologia.costasur.com/es/apoyo-social.html>
- Martínez, C. (2011). Importancia de los factores protectores para la salud mental infanto-juvenil. Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/importance-de-los-factores.pdf
- Murillo, S. (23 de Abril de 2012). Alcohol y Marihuana drogas más consumidas. PP el verdadero. Recuperado de <http://www.ppelverdadero.com.ec/pp-policial/item/alcohol-y-marihuana-drogas-mas-consumidas.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: INTERVENCIONES EFECTIVAS Y OPCIONES DE POLÍTICAS*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- OMS. (29 de Julio de 2013). Taking Charge of your Health Wellbeing. Recuperado de <http://www.takingcharge.csh.umn.edu/explore-healing-practices/social-support>
- JMMV. (2014). Psicoterapia Online: Todo es mente. Recuperado de <http://todoesmente.com/psicosomatica/personalidad-y-enfermedad>
- Kidsmatter. (2013). Factores de Riesgo y protección en la primera infancia. Recuperado de <https://www.kidsmatter.edu.au/families/about-mental-health/mental-health-basics/how-risk-and-protective-factors-affect-mental>
- Ruiz, D. (2014). La regulación verbal en la infancia y la adolescencia: su importancia en el estudio de la personalidad [versión electrónica]. España: Universidad de Almería. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=hpmmCQAAQBAJ&pg=PA96&dq=rigidez+psicol%C3%B3gica&hl=es&sa=X&ei=TAOHVeKWLYKxyASUyr64Dw&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=rigidez%20psicol%C3%B3gica&f=false>
- Organización Mundial de la Salud. (Mayo 14 de 2014). El comercio. Recuperado de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208:mayo-14-2014&Itemid=356

- Skogen, J, et al. (12 de Enero de 2015). Alcohol, drogas y salud mental en adolescentes. Intramed. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85869>
- Super, U. (2011). *Estudios recientes sobre consumo de drogas en Colombia*. Fundar. Recuperado de <http://www.fundardecolumbia.org/publicaciones/estudios-recientes-sobre-consumo-de-drogas-en-colombia.html#.VgWpBuNdGh1>

ANEXOS

Anexo 1: Carta de Presentación



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.

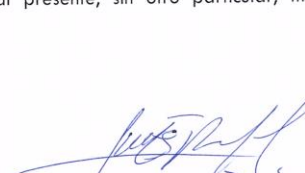
El estudiante con la supervisión de un Director de Tesis (Docente de la UTPL) se compromete en entregar un informe de tipo descriptivo de los resultados obtenidos después de tres meses de haber aplicado los instrumentos.

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

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

Atentamente,


Mgtr. Marina del Rocío Ramirez
**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA**


Mgs. Jhon Espinoza Iniguez
**COORDINADOR DE LA TITULACIÓN
DE PSICOLOGÍA**

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

Anexo 2: Consentimiento informado por parte del rector de las instituciones educativas

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: _____

Anexo 3: Consentimiento informado

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

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

Firma del investigador:

CI: _____

CI: _____

Firma del padre de familia:

Fecha: _____

Anexo 4: Asentimiento informado

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 proporciones ayudará al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada.

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma del investigador:

Fecha: _____

Anexo 5: Instrumento aplicado

UNIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

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. 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 ó 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4 ó más veces a la semana.
2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe?	<input type="checkbox"/> 1 ó 2	<input type="checkbox"/> 3 ó 4	<input type="checkbox"/> 5 ó 6.	<input type="checkbox"/> 7, 8 ó 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.		

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quiero.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> 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"/> Realmente 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"/> Realmente 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"/> Realmente 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"/> Realmente 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"/> Realmente 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"/> Realmente 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

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 prestonado 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 prestonado 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"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
8. ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
10. ¿Se siente molesto al esperar?	<input type="checkbox"/> Si	<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 a 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 recuperarme 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 (cigarillos, 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 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
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, excasis, 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 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
8. 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
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 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 dormirse 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)
--------------------------------	-----	-----	-----	-----	-------------	-----	-----	-----	-----	-------------------------------

Gracias por su colaboración

Imagen 1: Fotografía con el Inspector del centro educativo



Fuente: Instituto Educativo de Riobamba

Imagen 2: Fotografía con el Rector de la Institución



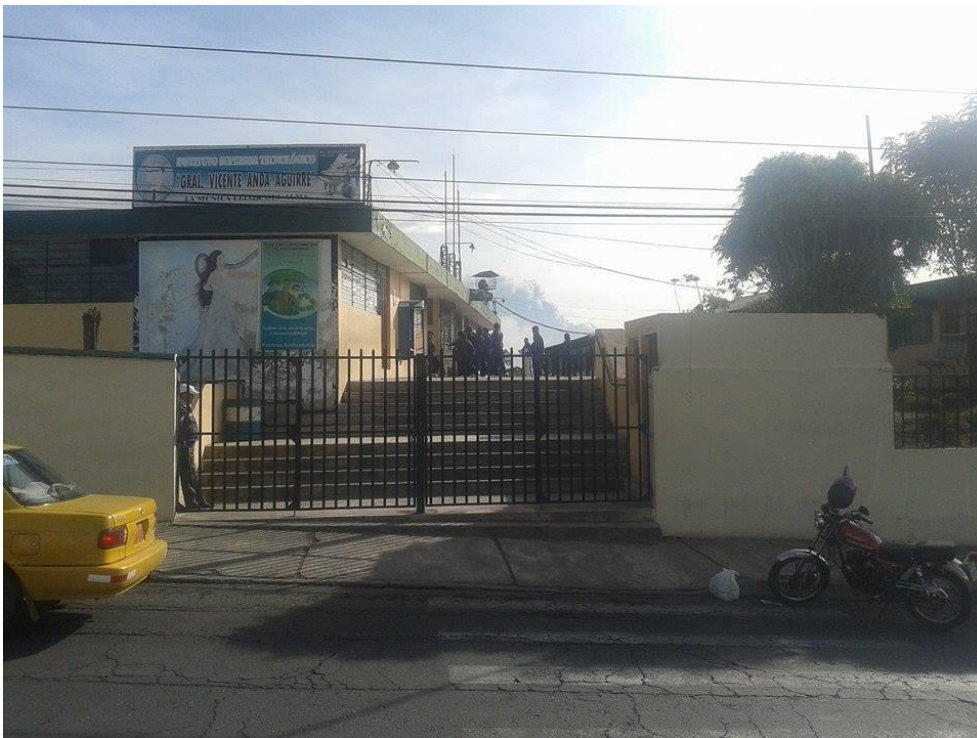
Fuente: Instituto Educativo de Riobamba

Imagen 3: Fachada centro educativo



Fuente: Instituto Educativo de Riobamba

Imagen 4: Fachada Centro educativo



Fuente: Instituto Educativo de Riobamba