



**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 año de bachillerato de la Zona 9, Distrito  
5, Circuito 4, año 2015**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Sandoval Mena, César Gonzalo

DIRECTORA: Minga Vallejo, Ruth Elizabeth, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

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**

Magister

Ruth Elizabeth Minga Vallejo

**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 primero y segundo año de bachillerato de la Zona 9, Distrito 5, Circuito 4, año 2015,, realizado por Sandoval Mena César Gonzalo, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre de 2015.

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Sandoval Mena César Gonzalo declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la Zona 9, Distrito 5, Circuito 4, año 2015, de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo la Mgtr. Ruth Elizabeth Minga Vallejo 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f. ....

Sandoval Mena César Gonzalo

171298136-2

## DEDICATORIA

Con mucho esfuerzo y cariño dedico este trabajo a toda mi familia, quienes han sido el principal baluarte a lo largo de todos estos años en mi formación profesional. De manera especial este logro va dedicado a mi padre Gonzalo, quien partió de este mundo y nos dejó un inmenso vacío en nuestros corazones, y a mi madre Susana quien me ha demostrado mucho esfuerzo, paciencia y amor.

A mi amada esposa Ana Lucía por estar a mi lado desde siempre, por ser mi mano derecha, mi apoyo en lo moral y en lo espiritual; a mis hijas Jacqueline, Ana Paula y Valentina cuyas sonrisas y picardías hacen que mi vida tenga un real sentido para soñar, luchar y salir adelante...

...y a Camila, mi ángel de luz

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Creador, que día a día camina conmigo y me ilumina; a mis padres, Gonzalo (†) y Susana quienes formaron mi carácter, transmitiéndome su amor, sus valores y educación porque sin ellos no sería lo que he llegado a ser durante mi infancia, adolescencia y adultez.

A mi hermana Doris, por haberme acompañado de manera incondicional y por ser mi ejemplo de estudio y superación.

A Jaime mi hermano del alma, por sus consejos y su enorme ayuda al abrirme muchas puertas durante mi profesionalización para alcanzar tan anhelada meta.

Mi consideración y estima personal a la Mgtr. Ruth Minga Vallejo quien me ha orientado con mucha calidez y profesionalismo en el desarrollo de esta investigación; y a todos los estudiantes que participaron activa y voluntariamente en este proceso, ya que sin su valioso aporte no hubiese sido posible la realización del mismo.

Un agradecimiento muy especial a mis compañeras de la UTPL, Martha Lucía y Verónica, por su incondicional ayuda en los momentos de dificultad.

Y finalmente a todos mis amigos y compañeros de trabajo, porque son ustedes quienes de alguna u otra manera siempre estuvieron pendientes de mí.

Gracias totales...

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO .....	4
1. Salud Mental.....	5
1.1. Definición de Salud Mental .....	5
1.2. Factores asociados a la Salud Mental.....	6
1.2.1. Personalidad.....	7
1.2.2. Estrés .....	11
1.2.3. Apoyo Social.....	14
1.2.4. Inflexibilidad Psicológica .....	17
1.2.5. Compromiso Vital.....	19
1.2.6. Resiliencia .....	21
1.2.7. Ansiedad y Depresión .....	23
1.2.7.1. Ansiedad.....	23
1.2.7.2. Depresión .....	27
1.2.8. Satisfacción Vital.....	32
2. Consumo de drogas.....	33
2.1. Consumo problemático de drogas .....	33
2.2. Consumo problemático de alcohol .....	38
2.3. Causas del consumo de drogas.....	41
2.4. Consecuencias del consumo de drogas.....	43
3. Adolescentes .....	46
3.1. Desarrollo Biológico .....	46
3.2. Desarrollo Social.....	49
3.3. Desarrollo Psicológico .....	52

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA .....	56
2.1. Objetivos.....	57
2.1.1. General.....	57
2.1.2. Específicos .....	57
2.1.3. Preguntas de investigación .....	57
2.2. Diseño de la investigación .....	57
2.3. Contexto .....	58
2.4. Población.....	59
2.5. Métodos de investigación.....	60
2.5.1. Método descriptivo.....	60
2.5.2. Método estadístico.....	60
2.5.3. Método transversal .....	60
2.6. Técnicas e instrumentos de investigación.....	60
2.6.1. Descripción de la batería .....	61
2.7. Procedimiento.....	63
2.8. Recursos .....	66
2.8.1. Humanos .....	66
2.8.2. Materiales .....	66
2.8.3. Económicos .....	67
2.8.4. Institucionales .....	67
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS, DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	68
3.1. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos .....	69
3.1.1. Datos psicosociales .....	69
3.1.2. Análisis y descripción de resultados generales .....	70
3.1.3. Análisis y descripción de resultados respecto al género femenino.....	78
3.1.4. Análisis y descripción de resultados respecto al género masculino.....	85
3.2. Discusión de los resultados obtenidos .....	94
CONCLUSIONES .....	106
RECOMENDACIONES .....	108
BIBLIOGRAFÍA .....	110
ANEXOS .....	117

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia (PSS-14).....	71
Tabla 2: Frecuencia (AAQ-7) .....	72
Tabla 3: Frecuencia (Type A).....	74
Tabla 4: Frecuencia (UCLA) .....	75
Tabla 5: Frecuencia (BSR).....	75
Tabla 6: Frecuencia (ASSIST) en porcentajes .....	76
Tabla 7: Frecuencia (PHQ-9).....	77
Tabla 8: Frecuencia (LSQ).....	77
Tabla 9: Frecuencia (PSS-14).....	79
Tabla 10: Frecuencia (AAQ-7) .....	80
Tabla 11: Frecuencia (Type A).....	81
Tabla 12: Frecuencia (UCLA) .....	82
Tabla 13: Frecuencia (BRS).....	83
Tabla 14: Frecuencia (ASSIST) en porcentaje .....	84
Tabla 15: Frecuencia (PHQ-9) .....	84
Tabla 16: Frecuencia (LSQ).....	85
Tabla 17: Frecuencia (PSS-14).....	87
Tabla 18: Frecuencia (AAQ-7) .....	87
Tabla 19: Frecuencia (Type A).....	89
Tabla 20: Frecuencia (UCLA) .....	90
Tabla 21: Frecuencia (BRS).....	91
Tabla 22: Frecuencia (ASSIST) en porcentajes .....	92
Tabla 23: Frecuencia (PHQ-9) .....	93
Tabla 24: Frecuencia (LSQ).....	93

## **RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo principal, analizar la distribución de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la Zona 9, Distrito 5, Circuito 4, durante el año 2015.

La investigación realizada fue de tipo descriptiva, los datos se obtuvieron mediante una batería de 10 instrumentos psicológicos, encuesta sociodemográfica, test que miden estrés, apoyo social, personalidad, consumo de alcohol, resiliencia, ansiedad y depresión, y satisfacción vital. Los mismos que fueron aplicados a 22 adolescentes de primero y segundo de bachillerato de una edad comprendida entre los 14 y 17 años de edad. Mediante el método transversal se analizaron los datos en un momento específico.

Los resultados obtenidos demostraron que el estrés es la principal variable de riesgo en la salud mental de los estudiantes, así como una gran mayoría de los mismos presenta tendencia a desarrollar personalidad tipo A. La investigación señaló además que el apoyo social y la resiliencia son variables protectoras, finalmente los resultados revelaron que existe un bajo consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

### **PALABRAS CLAVES:**

Estrés psicológico, consumo de sustancias, soledad, apoyo social, inflexibilidad psicológica, resiliencia, compromiso vital, ansiedad, depresión, satisfacción vital, adolescentes.

## **ABSTRACT**

The present research had as main objective, to analyze the distribution of psychosocial variables associated with mental health in students of first and second year of high school the Area 9, District 5, Circuit 4, during the year 2015.

The research was descriptive, data were obtained through a battery of 10 instruments psychological, socio-demographic, test measuring stress, social support, personality, consumption of alcohol, resiliency, anxiety and depression, and life satisfaction; the same ones that were applied to 22 teenagers of first and second from high school aged between 14 and 17 years of age. Using cross-sectional data were analyzed at a specific time.

The results obtained showed that the stress is the main variable of risk on the mental health of students, as well as a large majority of them has tendency to develop personality type A. Research also indicated that social support and resiliency are variable protective, finally findings revealed that there is a low consumption of alcohol and other psychoactive substances.

### **KEYWORDS:**

Psychological stress, substance abuse, loneliness, social support, psychological inflexibility, resilience, lifelong commitment, anxiety, depression, life satisfaction, adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación denominada “Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la Zona 9, Distrito 5, Circuito 4, año 2015”, aborda la dinámica familiar, las amistades, los pares y las relaciones sociales, así como el estrés y el consumo de alcohol y otras sustancias que se pueden considerar como variables psicosociales de riesgo, igualmente aquellas características propias de los individuos como la personalidad, la edad, la adolescencia y el nivel de estudios. La justificación se sustenta bajo la premisa de que, si en todo este círculo que encierra al adolescente no existe un equilibrio adecuado, los problemas aparecen y se manifiestan a través de conflictos internos (estrés, ansiedad, depresión, adicciones, etc.) principalmente, y de otros como enfermedades orgánicas, alteraciones fisiológicas, etc.); así como también los problemas que se suscitan a nivel académico (deserción escolar, pérdida de año, acoso escolar, etc.); así pues, a todo este conjunto de eventos se los ha denominado como factores de riesgo, y “son considerados factores de riesgo los que representan un peligro latente para la estabilidad física y emocional del adolescente” (Virsedá & Bezanilla, 2014, p. 192).

En el capítulo 1 se describen los factores asociados a la salud mental, haciendo una revisión general sobre algunas teorías e investigaciones científicas, con el objetivo de dar un marco real-científico y sólido a esta investigación. Se realizan breves reseñas acerca de los trastornos más comunes de la personalidad, problemas relacionados con el estado de ánimo de las personas; exploración sobre las causas y consecuencias del consumo de alcohol y otras sustancias que en su conjunto dan una visión extensa de la problemática actual en los jóvenes. Finalmente se describen las etapas del desarrollo bio-psico-social de las y los adolescentes a fin de comprender cuál es su realidad, dada la importancia que radica esta complicada etapa del ciclo vital.

El siguiente capítulo explica los objetivos, la metodología y las técnicas empleadas para la recolección de datos; se aplicaron los métodos descriptivo, estadístico y transversal ya que a través de estos se ha podido describir y analizar con exactitud el tipo de población investigada, organizar la información y extraer la misma de primera mano en un momento específico en el tiempo. Dentro del contexto se realiza una descripción del entorno sociodemográfico de la Institución Educativa. Además se describen finalmente los instrumentos aplicados, así como los procedimientos y los diferentes recursos utilizados durante el proceso investigativo.

En el apartado correspondiente al capítulo 3 se realiza el análisis, la descripción y discusión de los resultados de cada una de las variables asociadas a la salud mental de los y las adolescentes con el objetivo de determinar con exactitud cuáles son aquellos factores de protección y qué variables son considerados de riesgo. Estas descripciones se realizan a toda la población, y luego se analizan por género.

La importancia de la presente investigación está enfocada en la actual problemática sobre consumo de sustancias en los adolescentes entre los 14 y 17 años, constituyéndose en un problema social y su abordaje es de interés nacional. Paralelamente la SENESCYT reconoce a la carrera de Psicología como prioridad para dar respuesta a este problema. La investigación en su totalidad, está amparada en el Plan Nacional del Buen Vivir, en la Constitución del 2008, en sus Artículos 32, y 35; así como en el Plan Nacional de Drogas (2012). Finalmente se apoya en el Código de la Niñez y la Adolescencia en su Art. 27 “Los niños y las niñas, y adolescentes tienen derecho a disfrutar de salud física, mental, psicológica y sexual” (2014).

Los recursos con los que se trabaja son: Humanos (población estudiantil seleccionada a través del muestreo casual-accidental de manera directa e intencionadamente, en la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha), tesista y, directora de tesis. Materiales: (fotocopias de la batería de instrumentos (encuesta), consentimiento informado, asentimiento informado, esferográficos y lápices). Económicos (movilización, reproducción de fotocopias, y de toda la documentación generada a partir de la aplicación de la encuesta). Institucionales (aulas de la Institución Educativa).

Como técnica se aplica la encuesta sociodemográfica, a través del muestreo casual accidental no experimental; se emplea el método transversal para analizar los datos en un momento específico; los instrumentos que se utilizan permiten determinar: estrés psicológico, apoyo social, personalidad, consumo de alcohol y otras sustancias, resiliencia, ansiedad y depresión y satisfacción vital.

Dentro de las dificultades encontradas están: la no autorización de algunos padres de familia, la no aceptación de participación de ciertos estudiantes, desinterés de un numeroso grupo de investigados, encuestas mal llenadas o incompletas, y la mínima colaboración de los docentes al no participar activamente en el proceso, ya que se solicitó su apoyo para controlar el orden y la disciplina durante la aplicación de las encuestas, sin embargo no fue

posible. Otra dificultad encontrada fue que al ser aplicada la encuesta de manera grupal en un solo momento, la mayoría de estudiantes no respetaron las indicaciones (desorden en el aula por falta de una autoridad o docente). Referente a las facilidades, está la cercanía geográfica del investigador con la Institución Educativa; así como también se contó con la apertura y aprobación del rector y autoridades encargadas del Departamento de Consejería Estudiantil (D.C.E.), además de la colaboración de algunos padres de familia y estudiantes.

Los resultados obtenidos demuestran que: el estrés es la principal variable de riesgo en la salud mental de los estudiantes, esta variable afecta por igual a hombres y mujeres; así mismo la gran mayoría de esta población investigada presenta una alta tendencia a desarrollar personalidad tipo A, siendo las adolescentes las que tienen mayor tendencia.

También se revela que los adolescentes investigados consumen más alcohol que las adolescentes investigadas. Por otra parte, se ha encontrado que las adolescentes investigadas presentan síntomas de ansiedad y depresión más que los adolescentes investigados; es decir, esta variable afecta más a la población femenina. También se ha hallado que los adolescentes tienen un mejor nivel de satisfacción vital que las adolescentes.

Finalmente, se establece además que la flexibilidad psicológica, el apoyo social y la resiliencia son variables protectoras en ambos sexos, al igual que, los resultados señalan que existe un bajo consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la Institución Educativa en donde se realizó esta investigación.

## **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

## **1. Salud Mental**

### **1.1. Definición de Salud Mental**

La salud mental es un tema de gran importancia que compete un estudio delicado y riguroso en nuestra sociedad, puesto que toda actividad social y culturalmente aceptada del ser humano, así como de su adecuada convivencia requiere de ciertos estados de ánimo y predisposiciones idóneas, a fin de poder vivir en armonía. Así pues, la salud mental a través de los tiempos ha sido objeto de numerosos estudios.

Algunos autores manifiestan que las enfermedades mentales difieren en varios aspectos de las enfermedades corporales, dado que sus signos y síntomas en muchos casos se manifiestan de distinta manera; sin embargo, los estados mentales y corporales no pueden separarse entre sí, ya que como lo sostienen Lamas & Murrugarra (2006) “hay una realidad desde el punto de vista epidemiológico: las personas se enferman y es posible estudiar factores relacionados con la producción de morbilidad y mortalidad, relacionados con el ambiente natural, social o con modos de vida culturalmente diferentes” (p. 1).

Por lo tanto, un concepto general y único de lo que es salud mental podría caer en la ambigüedad debido a que el ser humano se desarrolla en diferentes lugares y ambientes, muchos de ellos social y culturalmente distintos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) define a la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta definición es compartida por Serrano (2002) en los estudios de Keninger (1947) al afirmar que “la salud mental incluye hasta el factor felicidad definiéndola como el aporte de los seres humanos al mundo y a ellos mismos con el máximo de efectividad y felicidad” (p. 213).

En cambio, Cavanagh, J. (citado en Aceves, 2000) comenta que “la salud mental es aquel estado de la totalidad de su ser, que le proporciona una total coordinación de sus facultades, que sus potencialidades psíquicas se desarrollan de la manera más perfecta para obtener sus fines, tanto presentes como futuros” (p. 239), de tal manera que hablar de salud mental también se afirma de una correcto funcionamiento de las capacidades intelectuales de los individuos.

A su vez, la OMS declara que la salud mental es tema importante de estudio, así lo confirman los resultados de sus investigaciones:

La salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo, pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de la sociedad y de las naciones, y solamente una minoría de los 450 millones de personas que sufren desórdenes mentales o del comportamiento recibe tratamiento (Marcos del Cano & Topa Cantisano, 2012, p. 35).

De acuerdo a estas definiciones, se reitera que la salud mental es el conjunto de estados emocionales y psíquicos los cuales en condiciones adecuadas permiten al ser humano convivir en armonía, buscando su bienestar y el de los demás. De ahí que los individuos con una buena salud de mental son capaces de sobrellevar las diversas situaciones que se presentan en su diario vivir, permitiéndole así afrontar con plena seguridad cualquier escenario de tensión.

## **1.2. Factores asociados a la Salud Mental**

La salud mental como parte fundamental del ser humano, permite al individuo su adaptabilidad al entorno social y cultural en el que se desenvuelve, a través de la misma logra interaccionar de manera ordenada y racional con los demás seres vivos. Mantener una buena salud mental ayuda a las personas a regularizar muchos estados de tensión, estos estados alterados en ocasiones afectan de manera temporal su psiquis, causando inestabilidad emocional pasajera. De tal manera que según Nuñez Rojas y Tobón (2010) “la salud integrando el aspecto físico y mental, implica, además del bienestar social, otros componentes vitales ligados a las condiciones culturales y sociales y de modo importante a la disponibilidad de servicios y recursos relacionados con las oportunidades y los derechos” (p. 14).

Sin embargo, en ciertos momentos o etapas de la vida las personas pueden padecer ciertos tipos de desórdenes psicológicos o trastornos mentales, cuya duración y regularidad al ser permanente o al presentarse con mayor frecuencia, trastocan su estabilidad emocional; ocasionando que los individuos experimenten estados de ansiedad, preocupaciones extremas, inquietud, tristeza excesiva, aislamiento, agotamiento, cansancio físico y mental, agresividad, etc., así pues su interacción social se ve afectada completamente hasta llegar a límites extremos como la autolesión e incluso intentos de suicidio o agresiones hacia otras personas.

Para que se originen estos estados de ánimo en una persona, existen distintas causas y orígenes, tanto biológicos como ambientales, y otros factores como: estilos de vida, cambios culturales, interacciones sociales, problemas económicos, políticos y ambientales.

Dentro del conjunto de factores asociados a la salud mental, prevalecen aquellos que afectan directamente a las personas, los mismos que se presentan de manera interna y externa; así pues se mencionan los que se consideran más importantes de acuerdo a la siguiente lista:

- Personalidad
- Estrés
- Apoyo Social
- Inflexibilidad Psicológica
- Compromiso Vital
- Resiliencia
- Ansiedad y Depresión
- Satisfacción Vital

### **1.2.1. Personalidad**

La personalidad tiene varias definiciones de acuerdo a determinadas características o rasgos visibles que poseen los seres humanos, así pues el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española RAE (2014) expresa que la personalidad es una “diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra”, de modo que la personalidad se entendería como un conjunto de cualidades específicas que hacen distintas a las personas entre sí.

Científicamente, Colom (2006) ha manifestado que “no se sabe qué es la personalidad, no hay criterio absoluto sobre lo que pueda ser. Sí se sabe a través de la observación que las personas no actúan de igual forma en una misma situación” (p. 429).

Así pues, los individuos tienden a actuar de distinta manera en un mismo escenario; según esto, es su tipo de personalidad la que gobierna la forma en que reaccionan ante determinada situación o ambiente.

Otros autores como Pervin (1998) (citado en Bermúdez, et al., 2011) define a la personalidad como “una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que

dan orientaciones y pautas (coherencia) a la vida de una persona [...] Además, la personalidad engloba los efectos y recuerdos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro” (p. 32).

En consecuencia, la personalidad es un conjunto de procesos psíquicos producto de la relación entre el medio ambiente y la genética del individuo, cuyas diferencias individuales son bien definidas e irrepetibles entre las personas debido a las experiencias del pasado, los recuerdos y los eventos presentes y lo que se proyecta a futuro. Se puede definir que la personalidad de un individuo es única, capaz de mantenerse estable durante un largo periodo.

A su vez, Soriano (2002) manifiesta que la personalidad es “[...] aquello que caracteriza a una persona, su manera de pensar, de actuar, o de reaccionar, aquello que la diferencia de otras personas y que permite que exista cierta consistencia o estabilidad a través de diferentes situaciones o circunstancias” (p. 176).

Ambos autores, Bermúdez (2011) y Soriano (2002), coinciden plenamente al manifestar que la personalidad está dada por un conjunto de características propias de cada individuo lo que los hace diferentes de los demás. Indican que estas características deben ser coherentes y mostrar consistencia, pues esto determinará su estabilidad.

A diferencia de estos autores, Cloninger (2003) distingue entre tipos y rasgos de la personalidad, así pues “los *tipos* de personalidad son categorías de gente con características similares, mientras que los *rasgos* son características que distinguen a una persona de otra, ocasionando que esta persona se comporte de manera más o menos consecuente” (p. 4).

De esta manera, se puede inferir que la personalidad no consiste únicamente en las formas en que un individuo actúa o se manifiesta en determinada situación o manera de ser; es decir, la personalidad también se constituye de ciertas características particulares perceptibles por los demás individuos, de modo que se ha categorizado en tipos y rasgos.

En la revisión de Morris & Maisto (2005) se distinguen dos tipos de individuos, los extrovertidos y los introvertidos; los autores expresan que:

Los extrovertidos dirigen su atención al mundo externo, tienen un interés activo en la gente y los acontecimientos que suceden a su alrededor. En tanto que los introvertidos están más ensimismados en su mundo privado, tienden a ser poco sociables y carecen de confianza al tratar con otras personas (p. 425).

De manera que, las personas introvertidas expresan su necesidad de estar apartados, o no tienen mucho interés en sociabilizar, prefieren realizar sus actividades estando solos o con la menor compañía posible, puesto que este ambiente lo consideran adecuado; mientras que los introvertidos buscan el contacto permanente con otras personas, y generalmente buscan sobresalir ante los demás, su mayor satisfacción es cuando logran el reconocimiento permanente.

En cuanto a pensamiento y sentimiento, Jung (citado en Cloninger, 2003) también manifestaba que las personas se conducen por medio de las emociones y los pensamientos, a través de la toma de decisiones; sin embargo a veces lo que piensan y sienten las personas podría mostrar discrepancias, así lo indica:

La emoción y el pensamiento no siempre son consistentes. Algunas personas toman las decisiones que incrementan las emociones positivas, tales como la excitación, placer o alegría y evitan aquello que les cause emociones negativas como la ansiedad, dolor o pena. Otras piensan las cosas a través de la lógica, considerando las razones y los principios [...] estos opuestos luchan para relacionarse con la experiencia del otro y sus interacciones tienden a ser conflictivas debido a sus diferencias psicológicas. (Cloninger, 2003, pp. 92-93).

Por consiguiente, las personas difieren entre sí según sus emociones y forma de pensar; así como a través de la forma de sentir y percibir su entorno bio-psico-social. Es claro entonces que las diferencias individuales son las que determinan los tipos de la personalidad.

Según el DSM-IV-TR, "los trastornos de la personalidad son patrones de percepción, de relación y de pensamiento duraderos acerca del medio y de uno mismo, que se manifiesta en una amplia gama de importantes contextos sociales y personales" (Durand & Barlow, 2007). En consecuencia la problemática a más de afectar al individuo en sí mismo, también se extiende a todo su entorno, así lo manifiesta Meloy (2001) "esto se observa sobre todo en el trastorno de personalidad antisocial, pues tal vez no le importen los derechos de los demás ni muestre remordimiento" (citado en Durand & Barlow, 2007, p. 431).

Así pues, según el DSM-IV-TR se divide a los trastornos de la personalidad en tres grandes grupos o conjuntos basándose en sus semejanzas, de modo que su clasificación se ha establecido de la siguiente manera:

Trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR

<b>Grupo A</b> (trastornos raros o excéntricos)	
<b>Trastorno</b>	<b>Descripción</b>
Trastorno de personalidad paranoide	Desconfianza y suspicacia generalizadas ante los demás; ejemplo, pensar que sus motivos son malvados.
Trastorno de personalidad esquizoide	Desapego frente a las relaciones sociales y una gama limitada de expresión de las emociones en el trato interpersonal.
Trastorno de personalidad esquizotípica	Deficiencias sociales e interpersonales que se caracterizan por una gran incomodidad en las relaciones personales, con una reducida capacidad para establecer relaciones cercanas y por distorsiones cognoscitivas o perceptuales y excentricidades de la conducta.
<b>Grupo B</b> (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)	
<b>Trastorno</b>	<b>Descripción</b>
Trastorno de personalidad antisocial	Indiferencia ante los demás o de violación de sus derechos.
Trastorno de personalidad limítrofe	Inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen, los afectos y el control de impulsos.
Trastorno de personalidad histriónica	Exceso en las emociones y de búsqueda de atención.
Trastorno de personalidad narcisista	Grandiosidad (en la fantasía o comportamiento), de necesidad de admiración y falta de empatía.
<b>Grupo C</b> (trastornos de ansiedad o de miedo)	
<b>Trastorno</b>	<b>Descripción</b>
Trastorno de personalidad por evitación	Inhibición social, de sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad ante las evaluaciones negativas.
Trastorno de personalidad dependiente	Necesidad generalizada y excesiva de ser atendido, lo cual produce una conducta sumisa y de dependencia, así como miedo a la separación.
Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva	Preocupación por el orden, por el perfeccionismo, por el control mental e interpersonal a costa de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia.

Elaborado por: El autor - Sandoval (2015)  
Fuente: Durand & Barlow (2007) según DSM-IV-TR

Uno de los factores psicosociales investigados es la personalidad tipo A, sobre la cual Polaino-Lorente, Cabanyes, & del Pozo (2003) sostienen que:

Entre los rasgos de personalidad tipo A encontrados en las personas que con mayor frecuencia sufren este trastorno se encuentran los siguientes: impaciencia, intensa implicación laboral, competitividad, inquietud, tensión muscular, necesidad de logro y

actitudes exigentes, respecto de las personas que trabajan y conviven con ellas [...] El riesgo atañe principalmente a las enfermedades cardiovasculares [...], sin embargo, incide también en otras perturbaciones y comportamientos de muy variada naturaleza como cefaleas, enfermedades alérgicas y respiratorias, consumo de alcohol y cigarrillos, conflictos familiares, insatisfacción con las relaciones sociales, mayor incidencia de accidentes, suicidios, homicidios, etc. (p. 477).

De tal manera que los individuos cuya personalidad es tipo A, son más propensos a sufrir problemas cardíacos, expresan dificultades de interacción social y están expuestos a múltiples enfermedades; así como también son candidatos a consumir drogas como el alcohol y el cigarrillo principalmente.

Finalmente estas personas tienen una alta probabilidad de sufrir accidentes a causa de su agresividad e imprudencia. Halgin & Whitbourne (2009) señalan que “las personas que con frecuencia tienen una sensación de impaciencia, irritabilidad o presión para conseguir hacer algo de prisa pueden estar en riesgo de desarrollar problemas cardiacos” (p. 216).

Esto significa entonces que aquellos individuos considerados audaces, competitivos, impacientes, cínicos, suspicaces y hostiles; además de ser fácilmente irritables se encuadran en un comportamiento dentro del Tipo A. Además sostienen que según un estudio de Magnavita, et al., (1997) “las personas con pautas de comportamiento tipo A, en particular aquellas con niveles altos de hostilidad, por lo común presentan comportamientos poco sanos como fumar y consumir grandes cantidades del alcohol, y además como conducir en forma imprudente” (Halgin & Whitbourne, 2009, p. 219).

Se concluye entonces que la personalidad está dada por una serie de factores internos (biológicos y psicológicos) y externos (sociales y culturales), los mismos que a través de las experiencias vividas por los individuos van dando “forma y consistencia” a lo largo de su desarrollo; de tal manera que al ser esta personalidad estable, congruente y adaptada al entorno en que se desenvuelve el ser humano, su interacción no refleja problema alguno.

### **1.2.2. Estrés**

Según datos de la American Psychological Association (APA) (2015) “probablemente, todos hemos sentido estrés. A veces es por un momento breve y debido a alguna situación, como estar en un tráfico pesado. Otras veces, es más persistente y complejo como cuando

tenemos problemas con nuestras relaciones” (párr. 1). De acuerdo a lo anterior, se deduciría que todo el mundo ha padecido por lo menos alguna vez momentos de tensión, o ha vivido situaciones muy incómodas que le han ocasionado estrés. Así pues, esta reacción emocional desagradable como lo indican Halgin & Whitbourne (2009) “la refiere una persona cuando percibe un evento amenazante [...] Puede incluir un aumento de la excitación fisiológica debido al incremento en la reactividad del SN simpático” (p. 211).

En una investigación sobre las relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos, Feldman y otros (2008) (citando a Fernández, Siegrist, Rödel & Hernández, 2003) sostienen que “el estrés constituye uno de los factores psicosociales más estudiados en la actualidad, especialmente por su relación con la aparición de cierto tipo de enfermedades, el manejo y adaptación a situaciones difíciles y el desempeño en general” (p. 740).

¿Qué es el estrés? ¿Cómo nos afecta? ¿Cuáles son las causas más comunes? ¿Qué repercusiones nos trae? ¿Es bueno o es malo? Para responder a estas interrogantes, existen estudios como los de Torres & Baillés (2014) en los que manifiestan: “en sentido amplio, el estrés no es una enfermedad, sino una respuesta fisiológica útil y eficiente que únicamente puede resultar nociva en determinadas circunstancias” (párr. 8). Por consiguiente las personas que sufren de estrés no están enfermas, sino que es un estado de alerta-defensa del organismo ante agentes externos perjudiciales.

Otros autores como Morris & Maisto (2005) en cambio manifiestan que “la gente experimenta estrés cuando se siente amenazada física o psicológicamente [...] En este contexto el estrés se refiere a la tensión o presión psicológica; es decir, a las respuestas emocionales y corporales incómodas a situaciones estresantes” (p. 452). Por lo tanto, se afirma que el estrés no es una enfermedad, sino un producto o una respuesta emocional del organismo ante situaciones que generan tensión en el individuo, permitiéndole actuar de distintas maneras, de acuerdo al tipo de acontecimiento o circunstancia que le genera dicha reacción.

Por otra parte, González (2006) define al estrés como “estado psicofísico, que experimentamos cuando existe un desajuste entre la demanda percibida y la percepción de la propia capacidad para hacer frente a la demanda” (p. 8). De modo que el estrés también se presenta como una condición física y/o psicológica de hacerle frente a un problema o exigencia que requiera un determinado grado de concentración o preparación.

Queda claro, que no siempre el estrés es una forma negativa de respuesta ante una situación agobiante, como lo afirman Morris & Maisto (2005) “el mismo evento puede ser un estresor para una persona pero no para otra [...] incluso en las situaciones estresantes, cuando nuestra vida o futuro está en riesgo, el momento de mayor estrés no necesariamente es el de mayor peligro” (p. 452).

En las investigaciones de Kimble y otros (2002) sostienen que las personas afrontan el estrés mediante “una serie extensa de respuestas o reacciones biológicas (procesos fisiológicos), cognoscitivas (dificultad para concentrarse), fluctuaciones del estado de ánimo y sociales (hostilidad y deterioro social)” (p. 471), de tal manera que las personas reaccionan de distinto modo según el lugar y ambiente que las rodea como lo declara (Hans Selye, 1979) (citado en Kalat, 2004) en su estudio “[...] incluyó como estresores sucesos favorables, como casarse o tener un nuevo trabajo y, por supuesto, que pueden ser muy estresantes; pero, sin duda, los estresores con mayor efecto sobre la salud son los desagradables” (p. 328).

El estrés se genera a partir de situaciones o eventos “tensionantes”, ante los cuales los individuos actúan de manera distinta según el grado de presión psicológica. A estos eventos se los conoce como *estresores*. Morris & Maisto (2005) sostienen que “los estresores son los acontecimientos o circunstancias que generan el estrés; varían en intensidad y duración (del fastidio moderado y breve, a la tragedia prolongada, por ejemplo)” (p. 452). Así mismo Halguin & Whitbourne (2009) señalan que “los factores socioculturales también desempeñan una función al causar y agravar trastornos relacionados con el estrés” (p. 216).

De modo que las personas también desarrollan estrés si el medio ambiente es hostil, con muestras de conflictos, violencia, abuso, y otros factores sociales como la situación económica.

Otros datos interesantes en las investigaciones de Colom (2006) sostienen que “cualquier trastorno mental es el resultado de un efecto en conjunto de dos grandes variables: la disposición personal del individuo y el estrés” (p. 590). De ahí que, el estrés como reacción psicológica, física, o fisiológica está presente en todo momento, y en cualquier magnitud (grado de tensión). Por lo tanto, se puede afirmar que ninguna persona está libre de estrés; de hecho, es tan necesario para realizar actividades cotidianas que en algunos casos requieren “presión”.

En ocasiones, el estrés puede causar afectaciones al sistema inmunológico, Sheldon, et al., (1999) (citados en Durand & Barlow, 2007) indicaron que “la exposición al virus del resfriado es un factor necesario para contagiarse, pero el nivel de estrés que experimente en ese momento parece desempeñar una función importante” (p. 268). Este estudio reveló que las personas con bajos niveles de sociabilidad tienden a enfermarse más rápido que aquellas que tiene altos niveles de sociabilidad.

Baum (1986) (citado en González, 2006) afirmaba que:

La mayoría de las personas perciben el estrés como algo negativo porque por definición se percibe como una amenaza o demanda que no se puede manejar con facilidad. A este tipo de estrés negativo lo denomina *diestrés*. Sin embargo, estableció que para aquellos que trabajan bajo tensión puede ser una fuerza estimuladora que los induce a realizar una tarea. A este tipo de estrés positivo lo llamó *eustrés* (pp. 10-11).

Por lo tanto, el estrés permite a las personas desarrollar actividades que requieren mucha concentración y dominio. Por otro lado, el estrés puede llegar a afectar seriamente la calidad de vida de las personas, tornándolas irritables, agresivas y en muchos casos con intentos de autoeliminación. En este sentido, los estudios han demostrado que “los sucesos de la vida estresantes en combinación con las vulnerabilidades psicológicas, como un sentido de control inadecuado, son un factor determinante en los trastornos psicológicos y físicos” (Durand & Barlow, 2007).

En consecuencia, Katon (2003) (citado por Durand & Barlow, 2007) confirma este hallazgo al mencionar que “los individuos que desarrollan trastornos psicológicos o que están bajo un intenso estrés se enferman de manera crónica o fallecen a una tasa significativamente más elevada que las personas que permanecen bien adaptadas y libres de trastornos psicológicos” (p. 267).

### **1.2.3. Apoyo Social**

Algunos autores como López-Cabanas y Chacón (1997) (citados en Vega & González, 2009) sugieren que “el apoyo social debe entenderse como un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y explicaciones [...]” (p. 4). Otros

investigadores como Nettleton, Pleace, Burrows, Muncer, & Loader (2005) se encuadran en el concepto de Cooper, et al., (1999, p. 195) al manifestar que “el apoyo social se refiere a la compañía y el apoyo práctico, informativo y a la autoestima que el individuo obtiene de la interacción con miembros de su ‘red social’, que incluye amigos, compañeros, conocidos y familiares” (p. 195).

Ambos investigadores coinciden en que el apoyo social se conforma por todo un conjunto de eventos y situaciones, sociedad (familia y amistades) y ambiente, con el objetivo de buscar estabilidad emocional y satisfacción vital. Es decir, las personas en general buscan en el apoyo social un soporte o medio de protección que les permita vivir armónicamente.

Por otra parte, las relaciones sociales, tienen una influencia directa en la calidad de vida de las personas; puesto que, el ser humano es un sujeto sociable como lo menciona From (1965) (citado en Berdichewsy, 2002) al sostener que “el ser humano es a la vez un ente social y una personalidad individual, por lo que la realización del humanismo y de los derechos humanos, es al mismo tiempo, la igualdad social, la libertad y la dignidad del individuo” (p. 76).

En otro aspecto, los estudios de Barra, Cerna, Kramm & Véliz (2006) demostraron que el apoyo social es un elemento influyente de la salud mental, así pues, estos autores manifiestan que:

[...] los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados, hacen al individuo más vulnerable a diversas enfermedades infecciosas [...] Inducen a conductas no saludables como fumar, e ingerir alcohol y pueden afectar tanto la recepción como la percepción del apoyo social” (p. 56).

De tal manera que las personas que no cuentan con un adecuado apoyo social son más proclives a sufrir enfermedades o a generar dependencia de sustancias, y están expuestas a riesgos mucho mayores que aquellas que sí tienen un buen apoyo social.

En los estudios de Feldman y otros (2008) se comenta que: “[...] es importante destacar que no se trata sólo de la presencia de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos” (Feldman, y otros, 2008, p. 740).

En este sentido, teniendo en cuenta que el apoyo social no implica solamente el estar ahí con un acompañamiento permanente, también es necesaria la aceptación de la persona como tal; es decir, se debe manifestar este apoyo de manera total, sin ser subjetivos. Vale la pena manifestar que es una acción altruista y desinteresada; así pues, el apoyo social viene a ser una especie de “gesto caritativo” y que debe buscar el beneficio de las personas, ayudándolas a paliar sus problemas.

Las investigaciones demuestran que por lo regular la gente prefiere a sus seres más cercanos, antes que acudir a determinados especialistas; así llega a la conclusión Gottlieb (citado en Fernández 2005) manifestando que: “[...] las personas afectadas por problemas emocionales, situaciones difíciles y/o generadoras de estrés, elegían a personas de su entorno antes que a especialistas en salud mental, como psiquiatras o psicólogos, para intentar solucionarlos” (p. 5).

Estos resultados indican que es el entorno social más cercano el que ayuda a mejorar la salud mental; de hecho, es la familia el primer punto de apoyo social que se requiere para superar una crisis emocional, o física si fuera el caso. Ahí radica la importancia de la unidad familiar en todos los ámbitos que subyacen al desarrollo humano.

En una investigación realizada por Cohen & Wills (1985) (citados en Nettleton, et al, 2005) se determinaron dos hipótesis, la primera se basó en que: “el apoyo social tiene un *efecto* principal al ser benéfico sobre la gente en todo momento [...]” mientras que la segunda hipótesis manifestaba que la *protección* del apoyo social sirve para ‘proteger’ a la gente de los efectos del estrés” (p. 195).

Por consiguiente, el apoyo social juega un rol importante en las condiciones de vida de las personas, ya que este les permite sobrellevar de mejor manera las cargas estresantes, así como también genera un sentido de responsabilidad compartida entre toda la comunidad, y con mayor razón dentro del entorno familiar. Resulta pues la importancia del apoyo social en todos los contextos, debido a que incrementa la salud mental, permite manejar el estrés y en general una evidente mejoría.

En el caso de los adolescentes es muy importante el apoyo social, así lo manifiesta Berger (2006):

Los adolescentes se benefician de la guía y el apoyo de los adultos. Los padres siguen influyendo en sus hijos en crecimiento, a pesar de las peleas por cuestiones menores. Los amigos ayudan a los adolescentes a afrontar las demandas conflictivas de la escuela, la familia, los pares y el crecimiento físico. Los pares son fundamentales para los adolescentes inmigrantes. Las amistades y las parejas heterosexuales comienzan en la adolescencia y se vuelven cada vez más importantes para el concepto personal y la maduración (Berger, 2006, p. 527).

Por lo tanto, al apoyo social se lo considera como un factor de protección, ya que tanto la familia, como las amistades, los pares y las parejas heterosexuales juegan un rol importante en el desarrollo integral de los y las adolescentes, especialmente por ser una etapa crítica que requiere del acompañamiento constante y la orientación adecuada que se les dé.

#### **1.2.4. Inflexibilidad Psicológica**

La inflexibilidad psicológica o también llamada rigidez psicológica, según Belas (2000) “se caracteriza por una dificultad, al parecer ilógica, para cambiar el comportamiento indeseable” (párr. 3), mientras que Durand & Barlow (2007) manifiestan que las personas con trastornos de la personalidad “son inflexibles y desadaptativos, que pueden causar deterioro funcional significativo o angustia subjetiva” (p. 431).

Por lo tanto, las personas que manifiestan inflexibilidad o rigidez psicológica también padecen de trastornos de la personalidad, por lo general son individuos que tienen dificultades para establecer buenas relaciones interpersonales.

Esto lo sostienen Morris & Maisto (2005) quienes han manifestado que “[...] algunos individuos desarrollan formas inflexibles e inadaptadas de pensamiento y de comportamiento que son exageradas y rígidas que causan grave malestar para sí mismos o problemas para los demás” (p. 510). Esto lleva a la conclusión que las personas inflexibles psicológicamente tienen problemas de comportamiento y por lo tanto generan ambientes negativos.

En este sentido, Colom (2006) considera que en los trastornos de la personalidad “[...] algún elemento de su propia personalidad parece ser en buena medida responsable de su comportamiento desadaptado” (p. 599).

En general, las personas que sufren trastornos de la personalidad, padecen múltiples problemas de adaptación a las normas de convivencia social; es decir, no poseen una buena salud mental; por lo tanto este desajuste ocasiona serios inconvenientes al individuo y a todo su entorno social. Así pues, la psicorrigidez estaría asociada a ciertos tipos de trastornos mentales.

En este sentido, Doron & Parot (2004) sostienen que:

La inflexibilidad psicológica es una forma de resistencia al cambio, que se caracteriza por la persistencia de actitudes y de creencias a pesar de las influencias del medio, y de los acontecimientos exteriores que deberían conducir a su modificación [...] constituye de manera constante uno de los rasgos mayores de la personalidad paranoica (p. 465).

Por consiguiente, las personas consideradas rígidas psicológicamente tienden a ser inflexibles, incapaces de aceptar normas de convivencia social, demostrando intolerancia y resistencia al cambio, puesto que se sienten invadidas en su espacio. Es probable que los individuos que exteriorizan inflexibilidad psicológica también padezcan de algún tipo de trastorno de la personalidad.

De acuerdo a esto, Riso (2012) sostiene que “[...] para las personas inflexibles, modificar las opiniones es un verdadero problema porque su procesamiento de la información no está adaptado para el cambio. De ahí su angustia y preocupación” (p. 50); En tanto que García (2007) argumenta que son necesarias ciertas condiciones psíquicas las mismas que originarían la inflexibilidad psicológica; así pues en su investigación citando a Hayes et al., (2004) considera que:

Son fuentes de rigidez psicológica: la evitación experiencial, no vivir el presente, la falta de claridad y de compromiso con los propios valores, no vivir el yo como contexto y la fusión cognitiva, que consiste en vivir de acuerdo a como nos dicen nuestro pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones en lugar de contrastar nuestra experiencia con la realidad (García, 2007, párr. 7).

De tal manera que la inflexibilidad psicológica es un estado psicopatológico, ya que no permite a la persona ajustarse a la realidad y tampoco se encuentre en condiciones necesarias de tener un buen estilo de vida; por consiguiente ausencia de salud mental.

Finalmente, Ávila, Rodríguez & Herrero (2000) manifiestan que “no debemos caer en el error de pensar que la personalidad rígida es siempre respetuosa de la autoridad, pues a menudo se comporta de forma altanera con sus superiores en razón de dichas normas y ordenanzas” (p. 98).

En este sentido, las personas psicorrígidas padecen de serios problemas para establecer buenas relaciones sociales, a causa de la dificultad que tienen para aceptar las normas de convivencia social, así como de tolerar y asimilar el cambio. Teniendo en cuenta que la inflexibilidad psicológica desencadena en serio problemas de conducta y desacato hacia todo aquello que represente una figura de autoridad.

### **1.2.5. Compromiso Vital**

Rogers (citado en Cloninger, 2003) explicaba que “la persona es plenamente funcional, la que es más sana [...] cuyos signos se interpretan como salud mental” (p. 418). Dentro de estas características, es la confianza orgánica la que determina el compromiso vital en las personas, así pues “una persona con confianza orgánica confía en cada momento en la experiencia interna para guiar la conducta. Esta experiencia es precisa. La persona percibe sin distorsión las necesidades internas, las emociones y varios aspectos de la situación social” (Cloninger, 2003, p. 419).

Lazarus & Folkman (1984) (citados en Halgin & Whitbourne, 2009) manifiestan que “hay muchas formas de pensar en el afrontamiento, pero una de las más útiles es la que distingue entre afrontamiento enfocado en el problema y afrontamiento enfocado en la emoción” (p. 214).

De modo que y de acuerdo a las investigaciones de ambos autores, el afrontamiento es también un proceso de aprendizaje basado en la experiencia continua frente al evento estresante; es decir, que el mismo suceso que causa la tensión, no tendrá la misma intensidad y afectación en la persona, si esta logra ir traspasando o superando de manera paulatina y más efectiva el problema.

Por otra parte, frente al afrontamiento enfocado en el problema Halgin & Whitbourne (2009) han considerado que “pensar de manera positiva es un método de afrontamiento enfocado en la emoción que las personas usan para hacerse sentir mejor bajo condiciones estresantes” (p. 214).

Bajo esta misma perspectiva, la investigación de Cramer (2000) (citado en Morris & Maisto, 2005) sostiene que hay dos tipos generales de afrontamiento para manejar el estrés:

El *afrontamiento directo* se refiere a esfuerzos intencionales por cambiar una situación incómoda, se enfoca en el problema y a concentrarse en el problema inmediato. Por ejemplo, cuando nuestras necesidades o deseos se ven frustrados, podemos tratar de eliminar los obstáculos entre nosotros y nuestras metas, o bien podemos retirarnos.

Mientras que el *afrontamiento defensivo* se refiere a diversas formas de autoengaño que proporcionan un medio de proteger nuestra autoestima y reducir el estrés. Por ejemplo, la persona se convence de que en realidad no es amenazada o de que en verdad no desea lo que no puede obtener (Morris & Maisto, 2005, p. 460).

Así mismo, Reynoso & Seligson (2002) señalan que el afrontamiento “parece constituir un buen mediador de la relación estresora y la enfermedad/salud, influyendo en las respuestas fisiológicas y emocionales” (p. 87).

#### Estrategias de afrontamiento

✓ Afrontamiento directo	✓ Distractores
✓ Búsqueda de apoyo social	✓ Redefinición de la situación
✓ Planificación y solución de problemas	✓ Desahogo de emociones
✓ Revaluación o interpretación positiva	✓ Relajación
✓ Autocontrol	✓ Religión
✓ Escape/Evitación	✓ Catarsis
✓ Distanciamiento	✓ Conductas de autocuidado
✓ Aceptación	✓ Consumo de alcohol, drogas, etc.
	✓ Refrenar o posponer el afrontamiento

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)

Fuente: Reynoso & Seligson (2002)

Se consideran como factores de riesgo algunos estilos de afrontamiento como el escape/evitación, el distanciamiento, el consumo de alcohol, drogas, y refrenar o posponer el afrontamiento; puesto que estos son auto-engañosos, como lo han señalado Morris & Maisto (2005), incluso “pueden conllevar a empeorar el problema y agravar la situación estresante” (p. 460).

Así pues, en los estudios de Diener (1984) y Fordyce (1983) (citados en Oblitas & Becoña, 2000, p. 171), los resultados han revelado que las personas que utilizan estilos de

afrontamiento enfocado en la emoción y de manera positiva presentan las siguientes características:

- ❖ Más alta expectativa de un reforzamiento positivo
- ❖ Mayor altruismo
- ❖ Menor preocupación
- ❖ Mayor nivel de actividad
- ❖ Mejor organización en su vida
- ❖ Mayor socialización
- ❖ Mejor calidad de vínculo con los extraños
- ❖ Autoreforzos más seguros

De tal manera que las personas llegan a ser capaces de aceptarse y ser comprometidas consigo mismas cuando se sienten adecuadas y seguras, teniendo en cuenta que para lograr este estado de satisfacción y compromiso vital deben reorganizar su estilo de vida, abandonando aquellas prácticas perjudiciales y volviendo todo su interés en mejorar su calidad de convivencia familiar y social, así como llegar a sentirse plenamente realizados.

### **1.2.6. Resiliencia**

“Las personas muy resistentes son flexibles, se adaptan rápidamente a las circunstancias nuevas y sobreviven al cambio. Y lo más importante: esperan responder y confían poder hacerlo” (Siebert, 2007, p. 14). Según este autor, se afirma que la persona flexible psicológicamente también es capaz de afrontar y resistir la mayoría de situaciones estresantes de una manera positiva, con mayor predisposición y facilidad para adaptarse al momento tensionante, permitiéndole responder activa y serenamente.

De tal manera que su salud mental no se afecta de manera significativa; por consiguiente, continúa con su interacción social de forma equilibrada, sana y racionalmente aceptada. Autores como Kail & Cavanaugh (2015) en un estudio sobre el abuso infantil, encontraron que “algunos niños son extraordinariamente resilientes al impacto del abuso [...]”. Por lo tanto afirman que “la resiliencia es la capacidad de una persona para responder de manera flexible e ingeniosa a nuevas situaciones” (p. 268).

De modo que algunos sujetos son capaces de sobrellevar fuertes cargas de preocupaciones, presiones, tareas, o estrés inclusive y salir adelante. Esta fortaleza interior

les permite proyectarse ariosos, tranquilos, motivados, animados, etc., de las vicisitudes de la vida, la mayoría de las veces son optimistas mucho más que cualquier persona, incluso en situaciones en las que comúnmente otros se sentirían deprimidos, ansiosos, irritables, o agresivos posiblemente. Para ellos los problemas no son más que retos, y las presiones del medio su lugar idóneo en el cual encuentran las posibilidades de demostrar cuán preparados se sienten para salir adelante. A esta extraordinaria capacidad de romper barreras y obstáculos, los investigadores la han denominado *resiliencia*.

Otros autores como Cabanyes (2010) han manifestado que la resiliencia es “la capacidad de resistir o recuperarse que tienen algunas personas ante situaciones extremadamente traumáticas, de amenaza grave o de estrés importante” (p. 146). Así mismo, Rutter, et al., (citado en Cabanyes, 2010) sostiene que “la resiliencia es un fenómeno por el que los individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas [...]” (p. 146).

Por lo tanto, la resiliencia se considera como un factor de protección ante los eventos o situaciones estresantes, permitiendo a las personas superar las dificultades y problemas con un sentido positivo, aun cuando los escenarios sean por demás complicados de tratar. Así pues, las personas resilientes asimilan y tratan los eventos estresantes con una gran capacidad de reacción y control, haciendo frente a las adversidades de una manera optimista.

En un estudio publicado por Becoña (2006) (citando a Luthar & Cushing, 1999) señala que “[...] la resiliencia, además, se centra en la exposición al riesgo en los adolescentes y, también, se basa más en las fuerzas que en los déficits de los individuos [...]” (p. 128).

En general, se deduce que las personas resilientes afrontan de manera positiva y eficaz los eventos estresantes o situaciones que les generan gran preocupación, tomando en cuenta que éstas no logran afectarles al punto de causarles algún tipo de trastorno físico y/o psicológico. De manera que, la resiliencia permite a las personas solventar dificultades mediante el uso de la creatividad, descarta la inactividad y convierte al individuo en un ser activo; así mismo es capaz de ver desde otra perspectiva los problemas y transformarlos en oportunidades de superación, metas, objetivos específicos, etc.

### **1.2.7. Ansiedad y Depresión**

La ansiedad al igual que la depresión se consideran enfermedades del sistema nervioso porque de manera individual o en conjunto generan una serie de condiciones adversas para la persona que las padece, por lo tanto su salud mental se encuentra muy afectada, haciendo que se pierda la autoconfianza, se vuelva incapaz de adaptarse a los cambios propios y ajenos, y por consiguiente el individuo proyecte su propia desvalorización permanente.

#### **1.2.7.1. Ansiedad**

Se dice que todas las personas de vez en cuando pueden ponerse ansiosas. En efecto, “la ansiedad es una reacción frente a la vida en el mundo, forma parte de él [...] ha sido así desde el principio de la humanidad. Es normal” (Trickett, 2009, p. 16), a esta misma conclusión también llega Caseras (2009) ratificando que “aunque en principio pueda parecer un sinsentido a aquellos que sufren de un trastorno de ansiedad, es muy importante tener en cuenta que la ansiedad es una respuesta del organismo esperable y deseable” (p. 13).

Casi siempre en situaciones que les causan preocupación o intranquilidad las personas experimentan algún grado de ansiedad; por ejemplo: desarrollar un trabajo de investigación, exponer un discurso frente a un público desconocido, o quizás situaciones más comunes como una cita médica, o una entrevista de trabajo, e incluso una cita amorosa. Hay muchos sucesos en la vida que a veces causan intriga por no saber qué va a pasar; sin embargo estos eventos son parte de la convivencia humana y como tal no se los debe considerar negativos.

Las personas que sufren de estrés permanentemente, también padecen de otro tipo de trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad, así pues “a menudo, la reacción del estrés produce emociones negativas, sobre todo ansiedad, la cual es una reacción de alerta, de activación, ante la posibilidad de obtener un resultado negativo” (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008, p. XI). Frente a estas experiencias, algunas personas tienen la capacidad de tranquilizarse, analizar y solucionar los problemas, “por tanto, con moderación, la ansiedad puede servir para algunas funciones positivas”. (Halgin & Whitbourne, 2009, p. 162)

Kalat (2004) encontró en los estudios de Garpenstrand, Annas, Ekblom, Orelund & Fredrickson (2001); Gratacos, et al. (2001); Kendler, Myers, Prescott & Neale (2001) que “un

poco de ansiedad puede ser útil para alertarnos del peligro. Sin embargo, algunas personas tienen un miedo exagerado y presentan reacciones excesivas, en parte por razones genéticas ante sucesos que les asustan”. (p. 345).

Frente a esto, las personas al sentir ansiedad en un determinado momento reaccionan defensivamente; sin embargo, la patología se manifiesta cuando se quedan enganchadas en ese estado de forma permanente.

Otros autores como Halgin & Whitbourne (2009) sostienen que: “las personas con trastornos de ansiedad están incapacitadas por sentimientos de ansiedad crónicos e intensos: sentimientos tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana [...]” (p. 163).

En consecuencia, la ansiedad origina un serio desajuste emocional en las personas, puesto que se tornan incapaces de convivir en armonía, lo que en última instancia les ocasiona frustraciones por no poder disfrutar y vivir a plenitud.

Por otra parte, Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena (2006) especifican que “en un ámbito descriptivo se distinguen tres áreas en las que repercute la ansiedad sobre las personas [...]” (p. 120); estas áreas afectadas son:

Áreas de repercusión de la ansiedad

<i>Área cognitiva:</i>	Temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.
<i>Área conductual o relacional:</i>	Irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.
<i>Área somática:</i>	Hiperactivación vegetativa.

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)

Fuente: Tabla adaptada de Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena (2006, p. 120)

De acuerdo al DSM-IV y su equivalencia en el ICD-10, los trastornos de ansiedad son:

Clasificación de los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV y sus equivalentes en el ICD-10

<b>DSM-IV (Trastornos de ansiedad)</b>	<b>ICD-10 (Trastornos neuróticos, secundarios en situaciones estresantes y somatomorfias)</b>
Trastorno de pánico sin agorafobia	(41.0) Trastorno de pánico
Trastorno de pánico con agorafobia	(40.01) Agorafobia con trastorno de pánico

Agorafobia sin historia de trastorno de pánico	(40.00) Agorafobia sin trastorno de pánico
Fobia específica	(40.2) Fobias específicas
Fobia social	(40.1) Fobias sociales
Trastorno obsesivo-compulsivo	(42) Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno por estrés agudo	(43.0) Reacción a estrés agudo
Trastorno por estrés postraumático	(43.1) Trastorno de estrés postraumático
Trastorno de ansiedad generalizada	(41.1) Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad a causa de enfermedad médica	(06.4) Trastorno de ansiedad orgánico
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	N/A
Trastorno de ansiedad no especificado	(41.9) Trastorno de ansiedad sin especificación
**Entre paréntesis figura la ordenación numérica de la ICD-10	

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)

Fuente: Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena (2006, p. 121)

Según el DSM-IV publicado por la APA (1995, pp. 401-402), los estudios determinan que cada uno de estos trastornos de ansiedad presentan condiciones, signos y síntomas específicos y en algunos casos similitud de acuerdo a las siguientes particularidades:

- *Trastorno de pánico sin agorafobia*: se caracteriza por crisis de angustia reincidentes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- *Trastorno de pánico con agorafobia*: se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter reincidente e inesperado.
- *Agorafobia sin historia de trastorno de pánico*: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- *Fobia específica*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- *Fobia social*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en

público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

- *Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)*: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- *Trastorno por estrés agudo*: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- *Trastorno por estrés postraumático (TEPT)*: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- *Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)*: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
- *Trastorno de ansiedad a causa de enfermedad médica*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- *Trastorno de ansiedad no especificado*: aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

Finalmente, Durand & Barlow (2007) han demostrado que existen causas biológicas, conductuales, emocionales y cognitivas, y sociales que están asociadas a los trastornos de ansiedad; así pues:

Causas que originan los Trastornos de Ansiedad

<b>Biológicas</b>	<b>Conductuales</b>	<b>Emocionales y Cognitivas</b>	<b>Sociales</b>
Vulnerabilidad heredada a experimentar ansiedad y/o pánico.	Evitación marcada a situaciones y/o a personas asociadas con	Sensibilidad acentuada a situaciones o personas percibidas como	Apoyo social reduce la intensidad de las reacciones físicas y

Activación de circuitos cerebrales específicos, neurotransmisores y sistemas neurohormonales.	el temor, la ansiedad o el ataque de pánico.	amenazadoras.  Sensación inconsciente de que los síntomas físicos o el pánico son catastróficos (se intensifica la reacción física).	emocionales a los disparadores o estrés.  La falta de apoyo social intensifica los síntomas.
---	--	--	--

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)

Fuente: Tomado y adaptado de Durand & Barlow (2007, p. 170)

Diversos estudios han expuesto la existencia de varios tratamientos para los trastornos de ansiedad, así pues, existen métodos o terapias combinadas, cuyo objetivo es ayudar a la recuperación o al menos a mejorar la calidad de vida del paciente y por consiguiente su inserción social. Según Colom (2006) “[...] así se encontrarán terapias destinadas a cambiar los pensamientos, la conducta o los procesos biológicos; es decir, terapias cognitivas, conductuales y somáticas” (p. 609).

Tratamiento para los Trastornos de Ansiedad

<p><b>Terapia cognitivo-conductual</b> Exposición sistemática a situaciones o pensamientos que producen ansiedad. Aprender a sustituir conductas o pensamientos negativos con positivos. Aprender nuevas destrezas de afrontamiento: ejercicios de relajación, control de la respiración, etc.</p>
<p><b>Tratamiento farmacológico</b> Reduce los síntomas de los trastornos de ansiedad al ejercer una influencia en la química cerebral. Antidepresivos. Benzodiacepinas.</p>
<p><b>Otros tratamientos</b> Manejar el estrés mediante un estilo de vida saludable: descanso, ejercicio, nutrición, apoyo social, consumo moderado de alcohol o de fármacos.</p>

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)

Fuente: Adaptado y tomado de Durand & Barlow (2007, p. 170)

### 1.2.7.2. Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.) declara que “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Sostiene además que “en su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero

cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional”.

Según el DSM-IV (1995) los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos “depresión unipolar”, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. 323).

- Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.
- Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 1995, p. 323).

Igualmente según las investigaciones y resultados estadísticos de la OMS (2012) los datos y cifras denotan que hay una gran cantidad de personas afectadas con esta enfermedad mental; sin embargo “[...] La depresión afecta más a la mujer que al hombre. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio. Hay tratamientos eficaces para la depresión” (OMS, 2012).

Colom (2006) explica que “la depresión es uno de los trastornos más frecuentes, se caracteriza por una gran tristeza, rechazo de las actividades sociales, sentimientos de desesperanza y por una gran apatía” (p. 596). De acuerdo a sus investigaciones y en concordancia con la OMS, aclara que “un 10 por ciento de varones y un 20 por ciento de mujeres caen en una depresión en un determinado momento de sus vidas”; además declara que “el 90 por ciento de las personas depresivas se incluyen en la categoría unipolar” (Colom, 2006, p. 596).

De esta manera, se confirma las mujeres son quienes tienen mayor tendencia a padecer de trastornos depresivos; sin embargo este desorden afecta en general a una gran cantidad de personas a nivel mundial, así mismo, se determinan que las personas con trastorno unipolar son proclives a ser depresivas; finalmente la depresión se considera como una de las principales causas de suicidio.

Según Halgin & Whitbourne (2009) “un trastorno anímico consiste en una perturbación en el estado emocional de una persona [...] La característica principal de los trastornos depresivos es que el individuo siente una disforia o tristeza abrumadora” (p. 276). La disforia se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Etimológicamente es el opuesto de la euforia.

La depresión diagnosticada más a menudo, según Durand & Barlow (2007) y de mayor gravedad se llama episodio depresivo mayor:

[...] se trata de un estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (sentimientos de poca valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas (patrones de sueño alterados, cambios significativos del apetito y de peso o una pérdida de energía muy notable). Además de una marcada pérdida de interés y de la incapacidad de experimentar cualquier placer de la vida, incluidas las interacciones familiares o con amigos, y los logros laborales o escolares (Durand & Barlow, 2007, p. 210).

Por consiguiente, es la época actual en que vivimos, el ritmo acelerado de las actividades cotidianas, el avance inminente de la tecnología, la desvalorización del núcleo familiar, etc., han ocasionado que esta enfermedad catastrófica por decirlo menos, haya cobrado más fuerza que en cualquier otra época.

En opinión de Dahlke (2010) sobre la depresión y su incremento en la actualidad, comenta que:

Son en particular las llamadas depresiones secundarias o co-mórbidas, las que se presentan en una medida creciente; es decir, aquellas que aparecen ligadas a otros cuadros clínicos tales como la angustia, los trastornos del sueño, el alcoholismo, la opresión o los dolores crónicos (Dahlke, 2010, p. 10).

La sintomatología de la depresión según Albrecht & Herrick (2007, pp. 48-49) se cuentan los siguientes aspectos:

- ✓ Tristeza o irritabilidad
- ✓ Dejar de disfrutar de actividades que antes resultaban agradables.
- ✓ Pérdida de energía.

- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Insomnio o exceso de sueño.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Molestias físicas sin explicación (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de espalda, estómago revuelto).
- ✓ Pérdida del impulso sexual.
- ✓ Cambio (aumento o reducción del apetito).
- ✓ Sentimientos de desesperación, impotencia o falta de valor.
- ✓ Ideas o intentos de suicidio.

Si estos síntomas persisten la mayor parte del tiempo, durante todos los días y al menos en un año, es probable que se trate de una depresión clínica, la misma que debe ser diagnosticada y tratada de manera inmediata; ya que, “los pensamientos suicidas justifican una evaluación urgente, sobre todo si están acompañados de sentimientos de desesperación” (Albrecht & Herrick, 2007, p. 249).

En un estudio realizado por González & Valdez (2005) los investigadores manifiestan que:

La depresión es la alteración más frecuente del estado de ánimo, ocurre entre el 5 y 10 por ciento de la población general, es más frecuente en mujeres que en hombres y aparece sobre todo entre los 18 y 44 años de edad [...] (p. 1).

Por consiguiente, la depresión no solo afecta a la persona que la padece, sino a todo su entorno social, considerando que la más grave de las conductas que se manifiestan es la conducta suicida. Además, es importante comentar que la depresión se acentúa más cuando el núcleo social primario (la familia) muestra indiferencia o desinterés y resta importancia a lo que le sucede a la persona.

Como toda enfermedad, debe hacerse una evaluación completa y sistemática de la depresión, puesto que algunos síntomas pueden confundirse con otro tipo de trastornos, de manera que es importante realizar una buena evaluación y un completo diagnóstico como lo señala Chinchilla (2008):

La depresión se diagnostica dentro de una evaluación completa, ya sea psiquiátrica u otro tipo de evaluación de salud mental. Esta evaluación debe incluir un repaso de todos los síntomas actuales y pasados, la historia psiquiátrica y clínica, los

antecedentes familiares, sociales y de consumo de sustancias (Chinchilla, 2008, p. 50).

Los trastornos del estado de ánimo, en general, al igual que los demás trastornos psicológicos, también tienen sus causas; es así que se resumen los factores principales que desembocan en estas patologías, considerando un elemento principal o activador del problema, el cual cambia de manera negativa o positiva la vida de la persona.

Causas que originan los Trastornos del Estado de Ánimo

El elemento activador puede ser: cambio de vida negativo o positivo (muerte de un familiar, promoción, etc., así como una enfermedad física)			
Biológicas	Conductuales	Emocionales y Cognitivas	Sociales
Vulnerabilidad heredada.  Neurotransmisores y sistemas neurohormonales alterados.  Privación de sueño. Perturbaciones del ritmo circadiano.	<b>Depresión</b> Alentamiento generalizado.  Descuido de las responsabilidades y en la apariencia.  Irritabilidad; quejas sobre asuntos que solían tomarse con calma.  <b>Manía</b> Hiperactividad Conducta insensata o al menos desacostumbrada	<b>Depresión</b> Aplanamiento emocional o vacío.  Incapacidad para sentir placer.  Mala memoria  Incapacidad para concentrarse.  Desesperanza y/o desamparo aprendido.  Pérdida del deseo sexual.  Pérdida de sentimientos de calidez por familiares y amigos.  Culpabilidad exagerada. Sobregeneralización.  Pérdida de autoestima.  Pensamientos o acciones suicidas. <b>Manía</b> Sensaciones exageradas de euforia y excitación.	Mujeres y minorías: desigualdad social y opresión, y un sentido de control disminuido.  El apoyo social puede reducir los síntomas. La falta de apoyo social puede agravar los síntomas.

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)

Fuente: Tomado y adaptado de Durand & Barlow (2007, p. 260)

De acuerdo a Durand & Barlow (2007) “el tratamiento para los trastornos del estado de ánimo es más eficaz y sencillo cuando empieza de manera temprana”. (p. 261). El uso combinado y sistemático de los mismos puede ayudar a mejorar el estado de salud mental de las personas y por consiguiente brindarles una mejor calidad de vida.

Se describen los tratamientos a continuación:

## Tratamiento para los Trastornos del Estado de Ánimo

<b>Medicación</b> Los antidepresivos pueden ayudar a controlar los síntomas y a restablecer el funcionamiento de los neurotransmisores. Tricíclicos. Los inhibidores de la monoaminoxidasa. Los inhibidores de la recaptura de la serotonina. El litio es el medicamento preferido para el trastorno bipolar. Los efectos colaterales pueden ser serios por lo que su administración debe ser controlada con mucho cuidado.
<b>Terapia Cognitivo-Conductual</b> Ayuda a que las personas deprimidas aprendan a: Reemplazar los pensamientos depresivos negativos por ideas y atribuciones más positivas. Desarrollar conductas y destrezas de afrontamiento más eficaces.
<b>Psicoterapia Interpersonal</b> Ayuda a que las personas deprimidas: Desarrollen destrezas para resolver conflictos interpersonales y establezcan nuevas relaciones.
<b>Terapia Electroconvulsiva (TEC)</b> Para depresión grave, se emplea únicamente cuando otros tratamientos no han resultado eficaces. Comúnmente tiene efectos colaterales temporales como la pérdida de la memoria y aletargamiento. En algunos pacientes, tal vez se pierdan de manera permanente ciertas funciones intelectuales y/o de memoria.
<b>Fototerapia</b> Para el trastorno afectivo estacional. Elaborado por: El autor – Sandoval (2015) Fuente: Adaptado y tomado de Durand & Barlow (2007, p. 261)

### 1.2.8. Satisfacción Vital

Cabañero et al., (2004) manifiesta que “la satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas” Diener et al., (1985); Pavot, Diener, Colvin y Sandvik (1991) (p. 448).

En cambio, Moyano & Ramos (2007) definen a la satisfacción vital como “la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, salud, amigos, etc.)” Diener (1994); García (2002); Diener, Suh, Lucas y Smith (1999); García Viniegras y González (2000); Liberalesso (2002) (p. 186).

En general, la satisfacción vital es el grado de aceptación que tiene el individuo de sí mismo y de su entorno más cercano, así como de su interés por todas las experiencias acumuladas a lo largo de su vida; es decir, qué nivel de bienestar siente y cómo ve a los demás, todo ello dentro de un marco comparativo de su vida lograda y sus expectativas frente a las de otros.

En los reportes de la OMS (2013) según un estudio realizado por Sánchez, García, Valverde & Pérez (2014) “se ha establecido que la satisfacción vital es el principal indicador del bienestar subjetivo en el contexto de los objetivos de salud para 2020”, y determinan que “este componente del bienestar es el que ofrece mayor estabilidad temporal y resistencia a influencias externas Diener (1984); Luhmann, Hawkley, Eid & Cacioppo (2012)” (p. 87).

Orozco (2014) sostiene además que la satisfacción vital consta de una serie de “componentes y condicionantes de la salud vital”, de tal manera que:

[...] está enmarcada en el campo de la economía de la felicidad, y siendo un componente esencial del bienestar de un individuo y el colectivo al que pertenece, o del que se siente formar parte, se verá afectada por múltiples factores: el estado civil, la edad, el género, la educación, la salud, el tener hijos o no tenerlos, la presencia o no de un ingreso económico, etc. (Orozco, 2014, p. 19).

De esta manera, la satisfacción vital es la determinación de las personas que permite evaluar su propia vida; es decir, todas aquellas características internas que subyacen al bienestar personal y subjetivo del individuo. En otras palabras, la satisfacción vital es la propia visión que se tiene de uno mismo y de su situación con el entorno social.

Finalmente, se puede afirmar que la satisfacción vital es, el agrado/desagrado, felicidad/infelicidad, alegría/tristeza que se tiene acerca de nuestra vida, del cómo la estamos llevando y cómo nos sentimos hacia adentro y la exteriorizamos hacia los demás.

## **2. Consumo de drogas**

### **2.1. Consumo problemático de drogas**

No es nuevo para ninguna persona saber que el consumo de drogas ha existido desde hace muchísimos años, varias investigaciones han explicado que desde tiempos milenarios hasta la actualidad siempre se lo ha practicado; así pues, es conocido que su utilización en la medicina ancestral permitía calmar ciertas dolencias, o también era usada la droga para entrar en estados consciencia que permitían al chamán estar en contacto con ‘espíritus’ para tener ‘visiones’ y ayudar a su pueblo.

En lo posterior, con el paso de los años y los avances de la medicina especialmente, ciertas sustancias se sintetizaron para extraer los principios activos de plantas alucinógenas y otras

sedantes, con el fin de repotenciarlas y fabricar medicamentos que ayuden a calmar el dolor, especialmente en paciente graves, por ejemplo el uso de la morfina para el tratamiento del dolor a causa del cáncer terminal. Esto permitió darles cierta tranquilidad a estas personas aunque no las cura.

En los años 70 se produjo un incremento del uso y abuso de sustancias estupefacientes con la llegada de nuevas tendencias culturales, en especial el movimiento hippie. En su contraparte, al saber que estas sustancias psicoactivas lograban 'elevar' los estados de ánimo y darles sensaciones 'placenteras' y de 'estar en otro mundo', se comenzó a sintetizar aún más los principios activos de estas plantas alucinógenas. Así pues apareció la marihuana, el opio y demás.

Autores como Kalat (2004) definen el abuso de drogas como "un patrón de mala adaptación en el uso de sustancias que llevan a problemas o sufrimiento clínicamente significativo" (p. 408). Sobre esta problemática, Vega (1993) explica que "cuando se habla de consumo de drogas se tiende a pensar única y exclusivamente en los jóvenes, cuando los estudios muestran que aparece en todas las edades, aunque ciertas drogas tengan mayor resonancia en la población juvenil" (p. 175).

De esta manera se explica el por qué este fenómeno social negativo afecta mayoritariamente a la población juvenil, siendo ésta la más vulnerable, al mismo tiempo que se ha convertido en el blanco predilecto de los micro traficantes de drogas. Como se apreciará más adelante, las causas que derivan en el consumo problemático de sustancias estupefacientes son diversas, dentro de las cuales las más acentuadas son: la curiosidad, la aceptación por parte de los pares, los problemas en el hogar, los medios de comunicación (propagandas que incitan al consumo de cigarrillo y alcohol por ejemplo), etc.

Por otro lado, este autor declara que: "existen diferentes tipos de consumo, desde la simple experiencia hasta la dependencia de una sustancia, pasando por el consumo ocasional y el consumo social [...]" (Vega, 1993, p. 175). En relación a la dependencia en sentido general, la OMS (1994) declara que "[...] Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal" (p. 29).

En consecuencia, las personas que llegan a consumir drogas, sea de manera ocasional o por curiosidad, están en alto riesgo de generar dependencia a estas sustancias,

especialmente con el alcohol, puesto que al ser una droga socialmente aceptada y promocionada a través de los medios y el mismo entorno familiar, es más fácil que se puede acceder a ella.

En una investigación acerca de los factores sociales y psicosociales asociados al consumo de drogas en estudiantes de colegios en Chile, von Bargen (2011) declara que “la presencia de conflictos en los tres principales ámbitos en que se desarrolla la vida de todo adolescente, como la familia, el colegio y el grupo de pares, pueden actuar como factores de riesgo e influenciar su conducta al consumo” (p. 70). En este contexto, la ONU y su Programa de las Naciones Unidas (PNUD) (2002) para la fiscalización internacional de drogas sostienen que: “la tasa de iniciación depende de tres factores: la tasa básica de iniciación, el prestigio de la droga y el efecto de los programas de prevención”. Además se aclara que:

Todos ellos (los tres factores) dependen de la edad, los programas de prevención siempre suprimen la iniciación, pero el efecto del prestigio de la droga; es decir, la opinión que se tenga de ésta, puede influir en la iniciación en cualquier momento. El prestigio de las drogas depende específicamente de la edad. (ONU-PNUD, 2002, p. 123)

Durand & Barlow (2007) establecen que “el costo en vidas, en dinero y problemas emocionales ha hecho del abuso de sustancias un grave problema a nivel mundial. Se piensa que más del 8 por ciento de la población en general consume drogas ilegales”. (p. 387). De esta manera, se puede observar que es alto el nivel de consumo en todo el mundo, independientemente del tipo de droga que se utilice, este problema está ‘socializado’ en todas partes.

Brevemente es necesario dar algunas definiciones para comprender los problemas relaciones con sustancias; así, pues los autores describen estos conceptos de la siguiente manera: (Durand & Barlow, pp. 388-389)

- Ψ *Sustancias psicoactivas*: Alteran el estado de ánimo y/o la conducta (intoxicarse o excitarse).
- Ψ *Intoxicación*: Es una reacción fisiológica a una sustancia ingerida, la gravedad o nivel de intoxicación depende de la droga que se use, la cantidad y la reacción de cada organismo.

Ψ *Abuso de sustancias*: Según el DSM-IV-IR define al abuso a partir del efecto negativo que provoca en el consumidor; hay abuso si deteriora la capacidad intelectual y las relaciones interpersonales, además si se evidencia peligro físico y problemas legales.

Por otra parte, la problemática con el consumo de drogas también tiene que ver con aspectos legales y económicos; esto lo señala Basteiro (2002) afirmando que:

Las leyes contra el uso y tráfico de drogas han dado como resultado que sus precios se hayan encarecido constantemente, y que por tanto consumir drogas inyectándose sea el método más rentable para un adicto, por eficacia, ya que sólo de esta forma llega directamente al cerebro [...] Las demás formas de consumo requieren mayor cantidad de droga para satisfacer al adicto, por lo tanto requieren mayor tiempo (como fumar o inhalar) y el costo es más alto” (p. 133).

La OMS (1969) “clasificó las drogas que pueden generar dependencia agrupando las que tienen efectos análogos e inducen pautas de comportamiento similares, así pues propusieron las siguientes categorías” (citado en Rossi, 2008, p. 38):

- ❖ Alcohol y barbitúricos
- ❖ Anfetaminas
- ❖ Cannabis (marihuana, hachís)
- ❖ Cocaína
- ❖ Alucinógenos (LSD y similares)
- ❖ Opiáceos
- ❖ Disolventes volátiles (pegamentos, productos industriales)
- ❖ Tabaco

De acuerdo a esta clasificación de la OMS (1969) (citado en Rossi, 2008) se determinó que se pueden incluir en tres grandes grupos: estimulantes, depresores y alucinógenos:

Clasificación general de drogas de acuerdo a sus efectos en el organismo, según la OMS (1969)

<b>Estimulantes</b>	<b>Depresores</b>	<b>Alucinógenos</b>
Anfetaminas, cocaína, éxtasis y las metilxantinas (cafeína, teofilina, mateína, y	Son los tranquilizantes (benzodicepinas), hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), analgésicos	LSD, el peyote, la mezcalina, el PCP y los cannabis: hachís, aceite de hash, y marihuana.

<p>otros).</p> <p>Estas drogas alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el SNC.</p> <p>Aumentan y aceleran la actividad funcional.</p> <p>Su administración es a través de la ingesta oral, o por vía intravenosa, y aspirada por mucosas nasales.</p>	<p>narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona, y otros), anestésicos (éter, cloroformo y otros) y los disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros).</p> <p>Inducen al sueño y relajan al sistema nervioso; deprimen o disminuyen la actividad corporal.</p> <p>Su administración es por vía intravenosa, oral o fumándolas.</p>	<p>Provocan alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación.</p> <p>Producen: delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización.</p> <p>Su administración es por vía oral, intravenosa, o fumándolas.</p>
---	---	--

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)  
Fuente: Tomado y adaptado de Rossi (2008, p. 38)

En un estudio acerca del consumo de drogas en América Latina, específicamente señalando aquellas que son las más usadas Kornblit & Rodiles (2007) resumen lo siguiente:

La droga más usada por los adolescentes es la marihuana, frecuentemente consumida junto al alcohol y al tabaco, Kornblit et al., (2005). El uso de cocaína, especialmente la pasta base, está aumentando, mientras que los inhalantes son habitualmente los más usados por los adolescentes pobres y marginados (p. 98).

Uso de drogas más utilizadas y sus efectos

<b>Droga</b>	<b>Efectos principales sobre el comportamiento</b>
Anfetamina	Excitación, alerta, estado de ánimo elevado, disminución de la fatiga.
Cocaína	Excitación, alerta, estado de ánimo elevado, disminución de la fatiga.
Metilfenidina	Aumento de la concentración.
Nicotina	Principalmente efectos estimulantes.
Opiáceos	Relajación, abstinencia, disminución del dolor.
Cannabinoides (marihuana)	Intensificación de las experiencias sensoriales, sensación distorsionada del tiempo, disminución del dolor y las náuseas.
LSD	Sensaciones distorsionadas.
Alcohol	Relajación, disminución de la atención.

Elaborado por: El autor – Sandoval (2015)  
Fuente: Tomado de Kalat (2004, p. 415)

En conclusión, el consumo problemático de drogas debe ser analizado desde todos los ángulos, y tratado como un problema de salud pública. Aún falta mucho por hacer, empezando por las familias, las instituciones educativas, y en general por toda la sociedad.

## **2.2. Consumo problemático de alcohol**

Morris & Maisto (2005) afirman que “el alcohol es una droga psicoactiva usada con más frecuencia en las sociedades occidentales. Esta droga se considera como un depresor, ya que hace más lenta la conducta o los procesos cognitivos” (p. 165). Especifican que los depresores son sustancias químicas que ralentizan el comportamiento de las personas y dificultan los procesos cognitivos. Mientras que Kalat (2004) sostiene que “el alcohol es la droga recreativa más ampliamente usada en la mayoría del mundo. En cantidades moderadas ayuda a la gente a relajarse. En cantidades grandes daña el hígado y otros órganos, afecta al razonamiento y arruina vidas” (p. 414).

Por estas razones las personas que consumen alcohol de forma desmesurada, sufren severos daños a nivel de todo el sistema digestivo, especialmente el hígado; así mismo el alcohol causa un deterioro en el sistema nervioso central, así como la conducta del individuo se altera de manera drástica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) se dice que el consumo problemático de alcohol deriva en el alcoholismo. Así lo expresa:

[...] el consumo problemático de alcohol se usa como sinónimo del concepto de alcoholismo en sus fases iniciales o menos graves. Un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida (OMS, p. 27).

Así pues, Halguin, & Whitbourne (2009) demuestran en un estudio realizado por la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de E.E.U.U. (conocida como SAMHSA por sus siglas en inglés) (2005) que:

Muchas personas consumen alcohol de manera permanente, mayores de 12 años reconocen haber bebido al menos un trago durante el mes [...] Una de las razones por las que la gente consume alcohol es para alcanzar un estado ánimo y de conciencia alterados (p. 441).

En efecto, se considera al alcohol como una sustancia que causa dependencia, y su consumo a edad temprana cada vez es más frecuente, lo que desencadena en problemas de alcoholismo, aun cuando las personas saben de los daños perjudiciales que le causa, siguen consumiendo, al ser una droga considerada socialmente aceptada.

De esta manera, el alcohol afecta de forma permanente a las personas; a pesar de dejar la bebida quedan secuelas del daño, principalmente los órganos internos como el hígado, los riñones, e incluso el cerebro.

A pesar de esto, muchos individuos suponen que el consumo de alcohol no es perjudicial, piensan erróneamente en que no son bebedores incorregibles justificando esta conducta al manifestar que no beben a diario; sin embargo como lo expresa Kalat (2004) “ser un alcohólico no comporta un deterioro severo; muchas personas tiene problemas con la bebida sólo durante los fines de semana o durante algunas semanas y no durante otras” (p. 414).

A causa de la ingesta excesiva de alcohol, este produce un efecto contrario a lo que se esperaría (mantener la extroversión y la inhibición); sin embargo como lo refieren (Durand & Barlow, 2007) “si uno sigue ingiriéndolo, deprime más áreas del cerebro, lo que impiden funcionar en forma adecuada” (p. 394).

El consumo problemático y excesivo de alcohol trae consigo una serie de problemas internos a nivel fisiológico; así pues:

- ❖ Deteriora la coordinación motora (tambaleo, farfallo).
- ❖ El tiempo de reacción se hace lento.
- ❖ La persona parece confusa.
- ❖ Se reduce la capacidad de juzgar.
- ❖ La visión y la audición se ven afectadas de manera negativa (ver doble, sordera temporal).

Por estas razones principalmente, se explica que es sumamente peligroso conducir bajo los efectos del alcohol (estado etílico o embriaguez), y que las personas pierden completamente su juicio a causa de los estados de consciencia alterados, lo que causa una distorsión de la percepción de la realidad. En consecuencia, el consumo excesivo de alcohol perjudica gravemente a la persona que lo consume (alcohólica), a la familia y a toda la sociedad.

En otros aspectos, el consumo problemático de alcohol es una de las principales causas de violencia intrafamiliar, así como de otro tipo de abusos (sexuales, físicos y psicológicos principalmente), esto lo demuestran las investigaciones de Gelles & Levine (2004) al sostener que en ciertas ocasiones “[...] las personas se vuelven tranquilas e introvertidas cuando beben; en otras, se vuelven ruidosas y agresivas” (p. 444). Además exponen que “como resultado, abusadores y víctimas citan con frecuencia el alcohol como la excusa para la violencia [...] Es más común que los ebrios frecuentes (y los no bebedores) se pongan más violentos que los bebedores ocasionales” (Gelles & Levine, 2004, p. 445).

Esto comprueba, que los efectos del uso indiscriminado o abuso del alcohol no tiene afinidad por un tipo específico de personas o condiciones genéticas; simplemente el hecho de estar intoxicado hasta la saciedad es razón suficiente para ocasionar violencia intrafamiliar, lesiones físicas, agresiones verbales, accidentes automovilísticos, abusos sexuales, violaciones, etc., y muerte en el peor de los casos. Otros datos reveladores sobre el consumo excesivo del alcohol, han confirmado que las causas de los embarazos no deseados, o tener relaciones sexuales y las enfermedades venéreas también están asociadas a este grave problema de salud pública. Así revelan las investigaciones de Rosenberg y Bai (1997) (citados en Gelles & Levine, 2004):

Los bebedores asiduos son más propensos que otros estudiantes a tener sexo sin protección, manejar después de beber y faltar a clases. También es muy posible que dañen propiedades, se involucren en peleas, sufran lesiones y tengan problemas con la policía o la seguridad de la escuela [...] (p. 247).

Efectos conductuales de los niveles de alcohol en la sangre

<b>Niveles de alcohol en la sangre</b>	<b>Efectos conductuales</b>
0,05%	Sentirse bien, menos alerta.
0,10%	Reacción más lenta, disminución de la cautela.
0,15%	Tiempo de reacción mucho más lento.
0,20%	Supresión de las habilidades sensoriomotoras.
0,25%	Tambaleo (grave deterioro de las habilidades motoras), la percepción también está limitada.
0,30%	Semiestupor.
0,35%	Nivel de anestesia, posibilidad de muerte.
0,40%	Probabilidad de muerte (generalmente como resultado de falla respiratoria).

Fuente: Adaptado y tomado de Morris & Maisto (2005, p. 167)

Estas cifras demuestran que el uso indiscriminado del alcohol crece exorbitantemente, pues al ser un droga legal y socialmente aceptada no hay una verdadera concientización de los efectos negativos que ocasiona en todas las sociedades; a pesar de los datos presentados y las estadísticas, el alcohol aún se mantiene como una de las primeras causas de accidentes de tránsito.

De acuerdo a las investigaciones de Morris & Maisto (2005) sobre los costos sociales del abuso del alcohol destacan aspectos relacionados con mortalidad y violencia, así pues sostiene que:

[...] El alcohol está implicado en más de dos terceras partes de todos los accidentes automovilísticos fatales, dos terceras partes de todos los asesinatos, dos terceras partes de las golpizas a cónyuges y en más de la mitad de todos los casos de maltrato infantil violento (p. 166).

En consecuencia, el abuso del alcohol al igual que cualquier otra droga trae consecuencias nefastas, sufrimiento personal y familiar e irreparables pérdidas tanto personales como económicas, en su mayor expresión la separación familiar, aislamiento social, desempleo, adicción a nuevas drogas, delincuencia juvenil y hasta asesinatos.

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

Las causas del consumo de drogas están ligadas directamente a varios factores como son el género, la escolaridad, las relaciones entre los pares, la búsqueda de placer a lo desconocido, la curiosidad y el desarrollo cronológico, tal como lo expresa Serrano (2002) señala indicando que:

En la iniciación al consumo existirían algunos factores de riesgo como son el sexo masculino (por su exposición a más situaciones de riesgo), el paro, el fracaso escolar, las relaciones de amistad no controladas, la curiosidad ante lo desconocido y la edad (especialmente en la adolescencia) (p. 242).

Entre otras causas, los estudios de Estévez, Jiménez & Musitu (2007) determinan que existen “patrones de consumo”; es decir una serie de factores negativos en su mayoría que influyen directamente en esta problemática, por consiguiente sostienen que:

Los patrones de consumo en los adolescentes son muy específicos de esta edad, y están estrechamente asociados a procesos socioculturales. De esta manera se pueden examinar factores positivos y negativos, que derivan en “razones” para justificar el consumo de drogas (Estévez, Jiménez, & Musitu, 2007, p. 109).

Así, por ejemplo, hay factores fisiológicos asociados como las enfermedades (cefaleas, insomnio, dolores crónicos, etc.), psicológicos como (estrés, baja autoestima, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, acoso escolar, violencia intrafamiliar, abuso sexual, etc.), sociales como (malas influencias de los pares, publicidad engañosa, aislamiento social, inestabilidad laboral, desempleo, etc.). Por lo tanto, estos elementos se los considera como factores de riesgo.

Autores como Rodríguez (1998) también aseveran que las causas del consumo de drogas son diversas:

[...] Las observaciones *biológicas* afirman la existencia de vulnerabilidad personal, y orígenes genéticos. En cuanto a la dimensión *psicológica* se afirma: baja autoestima, mayor ansiedad, y menor capacidad de control. Finalmente los factores *sociales* que facilitan el consumo o abuso de drogas están la facilitación parental y por los compañeros o amigos (p. 908).

En cambio, Rossi (2008) manifiesta que existen algunas causas específicas que conllevan al consumo de drogas; sin embargo no serían una norma general, de todas maneras se consideran como signos sospechosos si existe o no algún tipo de adicción (p. 238):

- ✓ Enfermedad grave o muerte de un ser querido.
- ✓ Situación de severo daño físico personal.
- ✓ Violencia física hacia los seres queridos.
- ✓ Accidentes automovilísticos u otros.
- ✓ Sobredosis.
- ✓ Resquebrajamiento de las relaciones amistosas trascendentes.
- ✓ Fracaso sentimental importante.

Burrone (2010) finalmente demostró que:

[...] En casi todos los estudios se ha encontrado que las características de la personalidad más comunes en las personas con adicciones son la baja autoestima, los problemas de identidad, la dependencia hacia la madre, los problemas para tomar decisiones, la carencia de una meta y de un proyecto, así como la incapacidad de expresar sentimientos (Burrone, 2010, p. 15).

En suma, existen diversos factores o causas que ocasionan el consumo de drogas, todas estas se encuentran enmarcadas dentro de una esfera bio-psico-social de las personas; en algunos casos los estados emocionales tienen mayor incidencia sobre otros aspectos e influyen directamente en el abuso-consumo de drogas, mientras que, en otro lado de la esfera son las influencias sociales las que subyacen la conducta adictiva.

Finalmente los componentes genéticos, así como la herencia o incluso a través de la transmisión por enfermedades (transmisiones fetales) también tienen su factor relevante en cuanto al consumo de drogas. En consecuencia, no hay una determinada razón exacta que especifique la conducta adictiva y bajo qué causas se dan estas patologías. En general, son las diferencias individuales en última instancia las que probablemente determinarían con mejor especificidad el uso y abuso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

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

Las investigaciones han demostrado que el consumo de drogas trae consecuencias negativas en las personas, desde embarazos no deseados a causa de violaciones, hasta intentos de suicidio, así como violencia y desajuste social, etc. En efecto, así lo confirman los estudios realizados por Estévez, Jiménez & Musitu (2007), que responden a esta inquietud con una breve descripción de las consecuencias del consumo de drogas, cuyo estudio fue realizado con adolescentes. Los resultados que se obtuvo fueron:

En situaciones de abuso de alcohol, los chicos y chicas encuestados señalaron una amplia variedad de problemas tales como el fracaso escolar, el sexo no planificado, los accidentes de tránsito, problemas legales (peleas, robos, vandalismo), problemas afectivos, intentos de suicidio y mayores niveles de consumo de otras drogas (p. 106).

Los autores nombran otras consecuencias, producto del consumo específico de la marihuana, así pues indican:

Los problemas más frecuentemente asociados al consumo de cannabis y sus derivados son la pérdida de memoria, la tristeza o apatía, dificultades para estudiar, faltas de asistencia a clases, problemas económicos derivados del consumo, enfermedades y problemas físicos y conflictos familiares (con padres y hermanos) (Estévez, Jiménez, & Musitu, p. 107).

Serrano (2002) describe que las consecuencias del consumo de drogas también son variadas y extensas, desde secuelas físicas, psicológicas y médicas (enfermedades crónicas) (p. 243).

- ✓ Hepatitis B y C
- ✓ Micosis, abscesos cutáneos
- ✓ Anorexia, estreñimiento, impotencia sexual, amenorrea
- ✓ Depresión respiratoria, espasmos gastrointestinales, aletargamiento sensorial, convulsiones, edema pulmonar y shock que puede llevar a la muerte.
- ✓ Midriasis, hipertensión, disnea, náuseas, vómitos, diarrea, ansiedad, lagrimeo, rinorrea, escalofríos intensos, temblores, bostezos, convulsiones, dolores generalizados en todo el cuerpo.
- ✓ Irritabilidad, pérdida de peso, paranoia, psicosis, afectación del tabique nasal.
- ✓ Lesiones hepáticas, hemáticas y renales.
- ✓ Sequedad de boca, sudoración, fiebre, temblores, agresividad, espasmos, convulsiones, delirio paranoide, ansiedad, pánico, taquicardia, hipotensión, alucinaciones, embriaguez, depresión respiratoria, depresión, suicidio.
- ✓ Cirrosis hepática, cáncer, pancreatitis, accidentes laborales, accidentes de tránsito.

A más de toda esta extensa lista de consecuencias, también es importante mencionar los efectos ocasionados en la familia; así pues la separación y aislamiento, abandono, deserción estudiantil, desempleo; como lo sostiene Parada (2010) “el consumo excesivo de alcohol se relaciona con accidentes de tránsito, violencia doméstica, maltrato infantil, conflictos laborales, urgencias médicas, complicaciones hepáticas, y muerte entre otros” (p. 3).

En el Ecuador, según datos del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en un artículo escrito por Ortiz (2015), se describen más consecuencias del consumo de drogas específicas (opióceas y las opioides, como la heroína, la morfina, la codeína, el demerol y la metadona), aparecen varios trastornos como:

- ✓ *Delirium por intoxicación*: Aparece cuando consumen dosis altas mezcladas con otros compuestos psicoactivos. También podría desarrollarlo una persona con lesiones cerebrales preexistentes o algún trastorno del Sistema Nervioso Central, debido al uso de estas drogas.
- ✓ *Trastorno psicótico*: Empieza durante la intoxicación y sus síntomas predominantes son alucinaciones o ideas delirantes.
- ✓ *Trastorno del estado de ánimo*: Empieza durante la intoxicación y sus síntomas pueden ser de naturaleza maniaca, depresiva o mixta, según la respuesta individual a las sustancias.
- ✓ *Trastorno del sueño y disfunción sexual*: Aparece con más frecuencia que el insomnio, la hipersomnia. Además de la disfunción sexual más corriente, la impotencia.
- ✓ *Trastorno no especificado*: Son aquellos cuadros clínicos que no encajan en ninguna de estas categorías.

En conclusión, el consumo de drogas trae severas consecuencias a nivel general, cambios inesperados en la conducta, aparecen enfermedades crónicas, daño cerebral, alteraciones o trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, irritabilidad, agresividad, y muerte. Las familias se ven afectadas completamente debido a la destrucción de su entorno, sufrimiento de todos sus integrantes, desempleo a causa de la atención precaria que recibe el o la drogodependiente, deshumanización de la persona; así como también el incremento de la violencia intrafamiliar.

Además, la persona entra en un estado de aislamiento social, con la consecuente búsqueda de huida, sobre todo cuando padece del síndrome de abstinencia, el cual si no es tratado a tiempo puede conducir a la muerte inminente de la persona afectada.

### **3. Adolescentes**

#### **3.1. Desarrollo Biológico**

La adolescencia es una etapa de grandes cambios, muchos de ellos marcan de manera definitiva la vida de las personas. Estas transiciones a su vez son de orden biológico (madurez física y fisiológica especialmente), psicológicos (cogniciones, sentimientos y emociones), y sociales (relaciones interpersonales), así como también es un periodo delicado y proclive a la exposición a situaciones de tropiezo (riesgo).

Vernieri (2006) sostiene que “la adolescencia es un período de gran vulnerabilidad durante el cual los chicos y chicas comienzan a estar expuestos a mayores riesgos. Quizás sea la etapa de la vida que más requiera de adultos dispuestos a escuchar [...]” (p. 5).

Según la OMS (citado en Redondo, Galdó & García, 2008):

La adolescencia es la etapa que abarca toda la segunda década de la vida, de los 10 a los 19 años, ambos incluidos. Sin embargo no es una constante ya que la cronología de la maduración varía de un individuo a otro (Redondo, Galdó, & García, 2008, p. 4).

Redondo, Galdó & García (2008) describen a la pubertad y a la adolescencia como una etapa de madurez sexual y capacidad reproductiva; además sostienen que en esta etapa se produce la inserción del individuo a la vida social. Así pues comentan que:

El término pubertad hace referencia a los cambios que convierten al niño en un individuo sexualmente maduro y con capacidad reproductora. Este proceso se debe a la reacción de factores hormonales. La adolescencia se refiere al proceso de adaptación psicosocial que el individuo debe realizar como consecuencia de los cambios puberales (Redondo, Galdó, & García, 2008, p. 4).

Por lo tanto, se considera que la etapa de la adolescencia es un periodo muy marcado dentro del desarrollo bio-psico-social de las personas, puesto que en esta fase se determinan ciertos aspectos de carácter sexual principalmente; a su vez se denotan los cambios físicos más visibles y también se distinguen las preferencias de interrelaciones con los pares y los adultos. Así mismo, se denotan una muy marcada avidez sentimental, cognitiva y emocional.

Coleman & Hendry (2003) sostienen además que:

Durante la adolescencia se experimentan numerosos cambios, uno de ellos es el desarrollo físico o "pubertad". La pubertad [...] se considera que tiene su comienzo con el inicio de la menstruación (menarquia) en las chicas y la aparición del vello púbico en los chicos (p. 31).

En consecuencia, los cambios visibles en primera instancia en los varones es el ensanchamiento del tórax y de las caderas en las mujeres. Berger (2006) detalla con mayor precisión varios aspectos relacionados con el desarrollo biológico en la adolescencia, sobre todo en las diferencias sexuales; a decir:

Un carácter sexual secundario es la forma corporal, que es muy similar en la infancia pero se diferencia en la adolescencia. En la pubertad, los varones crecen más en estatura que las mujeres y se ensanchan sus hombros. Las niñas se ensanchan por debajo de la cintura, sobre todo en la pelvis, para prepararse para el embarazo y desarrollan las mamas, para prepararse para la lactancia (Ellison, 2001) (Citado en Berger, 2006, p. 443).

Añade además otro factor muy distintivo entre ambos sexos:

Otro carácter sexual secundario es la voz. Los niños adoptan una voz más grave a medida que crecen los pulmones y la laringe, las niñas también adquieren una voz más baja, y esa es la razón de por qué una voz femenina ronca se considera seductora.

De esta manera, en la etapa del desarrollo biológico en la adolescencia se observan cambios significativos tanto en los varones como en las mujeres; así pues, en general en ambos sexos se hace evidente el rápido crecimiento corporal en estatura, a nivel de madurez sexual morfológicamente los rasgos de los varones se presentan a través del crecimiento del vello facial, axilar y púbico; el engrosamiento de la voz es muy notorio y se produce la espermarquia (primera eyaculación). En cuanto a las mujeres también se observa el crecimiento del vello púbico y axilar (este último en menor proporción), se vuelve más evidente el desarrollo mamario y aparece la menarquia (primera menstruación).

Autores como Kail & Cavanaugh (2015) concuerdan que el estirón puberal se presenta primero en las chicas y posteriormente en los chicos; sin embargo el estirón de ellas termina antes, mientras que el de los muchachos finaliza después.

Las niñas suelen comenzar el estirón alrededor de años antes que los niños; es decir, ellas comienzan este proceso aproximadamente a los 11 años, alcanzan su nivel más alto alrededor de los 12, y logran su estatura madura a los 15 años. En cambio, los niños comienzan el estirón a los 13 años, llegan a su nivel más alto a los 14 y alcanzan su estatura madura a los 17 años [...] Esta diferencia de dos años en el estirón puede producir interacciones sociales extrañas entre las niñas y los niños de 11 a 12 años de edad, pues ellas suelen verse más altas y más maduras que ellos” (Kail & Cavanaugh, p. 295).

Por este motivo, las chicas suelen aparentar más edad (físicamente) que los chicos, lo que efectivamente repercute en las relaciones sociales entre los pares especialmente, por ejemplo, en una fiesta es común que los muchachos sientan timidez para invitarle a bailar a una chica; o también es frecuente ver que a las muchachas no les agrada mucho que alguien más pequeño que ellas les saque a la pista de baile. Es por esta razón que las chicas se pasan la mayor parte del tiempo preocupadas por su imagen personal, les interesa llamar la atención de los demás haciéndose notar cuando han cambiado su apariencia, su presentación, la forma de vestirse, maquillarse, peinarse, principalmente.

En otros aspectos del desarrollo biológico, Llaberia, Sánchez & de la Fuente (2010) especifican que en la adolescencia hay tres fases claramente definidas de acuerdo a la edad, y en ellas se manifiestan conductas propias. Por consiguiente, afirman que:

En la adolescencia se observan tres etapas con distintas características, preocupaciones y logros: Etapa temprana (10-13 años) prima la preocupación por lo físico y lo emocional. Etapa media (14-16) se produce una afirmación personal y social. Etapa tardía (+17) prima la preocupación por lo social. (Llaberia, Sánchez, & de la Fuente, 2010, p. 45)

Por consiguiente, en la adolescencia también se distinguen varios aspectos del comportamiento humano, así pues en la etapa temprana los y las adolescentes le dan más importancia a su apariencia personal, emocionalmente también les preocupa sentirse apoyados y aceptados; de ahí que es necesario el acompañamiento y comprensión, luego,

en la etapa media son vitales las relaciones interpersonales y primordialmente manejar el autoconcepto y aceptación de sí mismo, y mantener una autoestima equilibrada. Finalmente, en la etapa tardía se reafirman las relaciones sociales a través de la inserción con la sociedad.

Además opinan que “hay aspectos importantes del desarrollo determinados genética y biológicamente; sin embargo se pueden ver afectados por factores psicosociales”. (p. 45). Es claro que el comportamiento no está dado únicamente por la biología y la genética del individuo, sino también por el medio ambiente en que este se desarrolla.

### **3.2. Desarrollo Social**

De la misma manera en que los adolescentes al entrar en esta etapa, atraviesan por cambios significativos a nivel fisiológico y las implicaciones que esto conlleva, así también surgen nuevas expectativas a nivel social; así por ejemplo: la búsqueda de su identidad, el reafirmarse a sí mismo. Estas expectativas pueden ocasionar confusiones, desalientos o quizás elevar su ego a un nivel extremo. Es muy importante considerarlas a cada una, ya que del encuadre y ajuste social dependerá de su desempeño en la sociedad.

Myers (2005) afirma en los estudios de Erikson (1963), que:

[...] La tarea principal del adolescente es consolidar su sentido del yo: su identidad. Los adolescentes se preguntan ¿Quién soy yo como individuo?, ¿Qué quiero hacer con mi vida? ¿Qué valores deberían regir mi vida? ¿En qué creo?, a este proceso Erikson lo denominó como búsqueda de la identidad (Myers, 2005, p. 166).

Esta intensa búsqueda a veces es motivo de decepciones por cuanto los adolescentes no disponen de una adecuada orientación o guía, la que podría ayudarles a resolver estas inquietudes. Sin embargo, a través de la experiencia que vaya adquiriendo y de las relaciones con sus pares, y especialmente con la familia podrá ir descubriéndose a sí mismo.

Como se afirma en los estudios de Melendro, Suárez & Perdomo (2000), las imposiciones sociales obligan a los adolescentes a adoptar posturas pasivas y otras veces activas refiriéndose a la búsqueda de autonomía, ya que en ocasiones los adolescentes tienen libertad para escoger, elegir y para opinar; sin embargo la toma de decisiones es más

complicada de lo que parecería, así lo manifiestan al sostener que “la sociedad impone al adolescente un cambio de estatus que incluye la necesidad de independencia y de buscar el porvenir fuera de la familia, unido a la necesidad de autonomía de los jóvenes con relación a sus padres [...]” (p. 82).

Varios autores tienen importantes aportaciones en cuanto a la etapa de la adolescencia y su relación con el desarrollo social, por ejemplo en el caso de las relaciones románticas, los adolescentes sienten una necesidad imperiosa de buscar intimar de una forma excesiva hasta el punto de llegar a ser dependientes de la otra persona, de tal manera que necesitan que estas relaciones sean intensas y extensas; así lo expresan Kail & Cavanaugh (2015):

La adolescencia establece un punto de referencia distintivo en el panorama social: Las relaciones románticas. Éstas son poco frecuentes durante los años de enseñanza básica, pero un estudio realizado entre niños y adolescentes estadounidenses determinó que más o menos 50% de los jóvenes de 15 años y 70% de los de 18 han estado involucrados en una relación romántica en el último año y medio (Kail & Cavanaugh, 2015, p. 334).

En consecuencia, los y las adolescentes en esta etapa padecen del denominado “despertar sexual”. De un momento a otro cambian las formas de relacionarse con el sexo contrario. Comienza una etapa de atracción física, y buscan la forma de intimar más profundamente, llegando a tener relaciones sexuales prematuras. Esta etapa es una de las más críticas en cuanto a la sexualidad se refiere, pues los chicos y las chicas pueden caer en el error de confundir sus sentimientos y por lo tanto equivocarse fácilmente.

En este sentido, Melendro, Suárez & Perdomo (2000) expresan que: “la sexualidad y la moralidad maduran de una forma conjunta, todo lo demás se desarrolla a su alrededor; se aparta al sujeto del mundo asexual de la infancia y se le inicia en la sexualidad y la responsabilidad moral adultas” (p. 73).

De esta manera, los adolescentes perciben que han llegado a su plena madurez sexual y psicológica, aun cuando saben que todavía tienen mucho que aprender, desarrollar y madurar. Quizás esta forma errónea de sentirse maduros en ambos aspectos es lo que les lleva a tomar decisiones equivocadas y crearse falsas expectativas con respecto a su futuro; así pues, llegan las relaciones sexuales prematuras, los embarazos no deseados, la

deserción estudiantil, problemas en el hogar, e incluso llegando a cometer actos que atentan contra su propia vida y la de otros (por ejemplo, el aborto).

Por otra parte, se considera que los adolescentes sienten un fuerte deseo de liberarse y vivir de forma independiente, aunque son conscientes de que no están todavía en la capacidad de ser autosuficientes en el aspecto económico y profesional principalmente; a pesar de ello muestran en ciertos momentos un fastidio por acatar las reglas de convivencia social (hogar y colegio especialmente). Esto lo confirman Morris & Maisto (2005) al sostener que “los adolescentes están ansiosos por independizarse de sus padres, pero al mismo tiempo temen las responsabilidades de la vida adulta. Tienen muchas tareas importantes frente a ellos y muchas decisiones importantes que tomar” (p. 354).

En otro aspecto, la participación de los jóvenes adolescentes en el mundo de la interacción social con los adultos, Lutte (2006) afirma que:

Si se cree, por ejemplo, que los jóvenes son débiles, inestables, incapaces de participar de forma responsable en la vida social y política, se tomarán medidas para protegerlos, para impedirles que participen en la vida adulta, provocando de este modo una inmadurez social y unos comportamientos infantiles que se interpretarán como prueba de la validez de las representaciones. (Lutte, 2006, p. 129)

En este sentido, se juzga equivocadamente en algunas familias y en otros contextos sociales que los adolescentes no tienen la capacidad suficiente para ser partícipes en todos los aspectos de la convivencia social; de hecho, muchas veces no se los toma en cuenta en la decisiones que se toman a nivel familiar, al igual que se los ignora dentro del ámbito educativo e incluso político. Sin embargo, es claro que esta idea va quedando anulada cuando los mismos adolescentes están demostrando una capacidad extraordinaria de desarrollo del pensamiento, y lo hacen a través de sus creaciones artísticas, tecnológicas, literarias, etc.; es decir, su alto nivel intelectual comprueba que incluso son más diestros que los propios adultos. De ahí la importancia de saberlos escuchar y hacerlos partícipes activos en todos los aspectos.

En referencia a la inserción laboral de los adolescentes, la formación profesional de estos requiere mucho tiempo, por lo tanto se vuelven dependientes de sus familias hasta avanzada edad. En este sentido, Melendro, Suárez, & Perdomo (2000) lo sustentan al mencionar que:

La adolescencia está vinculada en los países occidentales a determinantes sociales como la escolarización obligatoria hasta los 16 años, mayor tiempo de formación profesional, lo que origina un mayor retraso para entrar en la vida laboral, dependencia económica de las figuras parentales [...] (Melendro, Suárez, & Perdomo, 2000, p. 72).

En este sentido, Estévez, Jiménez, & Musitu (2007) afirman que “la calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que los adolescentes afrontan el periodo de transición de la infancia a la edad adulta” (p. 33).

En consecuencia, en la etapa de la adolescencia y su relación con el desarrollo social se abarca un conjunto de situaciones personales, experiencias, generación de expectativas, metas, planes futuros; así como también la búsqueda de ser independiente, lo que podría causar conflictos internos y familiares; sin embargo, si la identidad de las y los adolescentes es centrada podrá superar satisfactoriamente todas estas experiencias. Finalmente, las relaciones amorosas también juegan un papel importante en los adolescentes, les permite explorar su sexualidad y sobre todo potenciar aún más la capacidad de contacto con el sexo complementario, les permite desarrollar ciertas habilidades sentimentales; así como de formar un buen concepto de la pareja.

### **3.3. Desarrollo Psicológico**

El desarrollo psicológico de los adolescentes se lo ha considerado muchas veces como variable, inestable e incluso explosivo, se lo ha estigmatizado y por lo tanto se los aísla o no se los toma en cuenta, restándoles importancia en ciertos conglomerados sociales, con el objetivo de crear conflictos a causa de esta “rebeldía”.

Así lo menciona Páramo (2009) al sostener que “las creencias comunes sugieren que los adolescentes son personas impredecibles sufren severas oscilaciones de estado de ánimo y estallidos emocionales desbordantes [...] Los adolescentes al menos en las culturas occidentales son emocionalmente más volátiles e inestables que los adultos”. (pp. 36-37).

También Redondo, Galdó, & García (2008) afirman que “se suceden cambios en la manera de pensar, con un desarrollo del razonamiento lógico y de la visión de futuro. También el adolescente va comprendiéndose mucho mejor a sí mismo” (p. 6). Este criterio también es

compartido por Delval (2008) al sostener que “los adolescentes tienen un gusto mucho mayor por lo abstracto, están menos apegados a los datos inmediatos, realizan generalizaciones más aventuradas, tratan de teorizar sobre casi todo, unas veces con fundamento y otras sin él” (p. 553).

De manera que, los jóvenes en general buscan respuestas más específicas a sus inquietudes, por ello a veces los adultos no saben cómo abordar un tema específico o sus afirmaciones son ambiguas y carentes de sentido, lo que en definitiva les molesta; de ahí que se genera el conflicto.

Por consiguiente, en la adolescencia se producen ciertos cambios en el estado de ánimo, a veces imprevisibles, haciendo que las personas mayores adopten posturas incomprensibles, lo que ocasiona roces entre jóvenes y adultos. Muchas de las veces estos choques se generan por una diferencia de opiniones, o también por la percepción de la realidad, que, siendo la misma, hay divergencia o puntos de vista distintos, así lo expresan Yuni, & Urbano (2005) determinando que: “en la adolescencia se manifiestan constantes fluctuaciones del estado de ánimo, pudiendo pasar de un estado de optimismo y euforia a un estado de desaliento absoluto, debido a su labilidad” (p. 85).

Por otra parte, Coleman & Hendry (2003) afirman que:

Las alteraciones en la función intelectual tienen implicaciones para diversos comportamientos y actitudes. Estos cambios hacen posible el paso hacia la independencia del pensamiento y la acción, permiten desarrollar al joven una perspectiva temporal que incluye el futuro, facilitan el progreso hacia la madurez en las relaciones, contribuyen al desarrollo de las destrezas de comunicación, finalmente subyacen a la capacidad del individuo para asumir papales adultos en la sociedad (p. 44).

Mientras que, autores como Briones (2010) aseguran que:

La presión por comportarse como un adulto y aceptar las responsabilidades propias de un adulto es otra novedad de la adolescencia. Esta presión no sólo procede del colegio y de los padres, también del grupo de iguales, de la comunidad y de los medios de comunicación (p. 25).

De modo que, los adolescentes desarrollan la capacidad necesaria para tomar decisiones, así como también se vuelven críticos y pueden emitir algunos juicios frente al sistema.

Por otra parte, Bermejo y Lago (1994) (citados en Navas, Mañas & Iniesta, 2009) expresan que “el desarrollo psicológico se refiere a los cambios evolutivos; es decir, a los cambios que aparecen con la edad y que dependen de las interacciones entre la herencia y las experiencias pasadas y presentes” (p. 176). En este sentido, al llegar a la etapa de la adolescencia también se consideran factores de madurez psicológica el hecho de alcanzar metas a través de la cristalización de las aspiraciones, ideas, deseos, etc., así también se pone de manifiesto el anhelo de tener su propio espacio y respeto a su privacidad, esta forma de ser independiente les permite asumir nuevos retos y sobre todo responsabilidades, pues al tener un lugar propio se debe mantenerlo con el mismo orden y cuidado, el que más tarde al llegar a la adultez se verá reflejado en la forma de vivir solo/a, independización.

Así también su forma de relacionarse con sus pares debe reflejarse a través de una estabilidad emocional, y seguridad personal, puesto que es casi imposible evitar situaciones negativas; sin embargo, teniendo una adecuada formación dentro del entorno familiar, tanto en valores como en sentimientos, estos obstáculos serán más fáciles de superar.

Finalmente, los adolescentes llegan a formar lazos de amistad muy fuertes durante mucho tiempo, incluso hasta la adultez, y el establecimiento fijo del amor. Muñoz (2015), afirma que:

La madurez mental se alcanza al lograr la capacidad para el pensamiento abstracto; la madurez emocional se logra cuando se alcanzan metas como descubrir la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y establecer relaciones maduras de amistad y amor. En este sentido, algunas personas jamás abandonan la adolescencia, sea cual sea su edad cronológica (Muñoz, 2015, p. 1).

Por lo tanto, los y las adolescentes son capaces de tomar la iniciativa y trazarse metas a corto, y mediano plazo; sin embargo a largo plazo no sería factible en razón de que todavía deben acumular mucha experiencia, que la irán adquiriendo sucesivamente. Por otro lado, cuando se llega a la etapa de la adultez y no fue resuelta la madurez emocional, las personas tienden a adoptar posturas rígidas y conductas que no están acordes a su edad cronológica, pero lo más destacable es su incapacidad de asumir nuevos roles dentro de su

entorno familiar y social, por ejemplo: paternidad, estabilidad laboral, superación académica y crecimiento social.

A pesar de esto, al encontrarse en la etapa del descubrimiento sexual, también es necesaria la guía adecuada en este aspecto, así pues, es menester llegar a un acercamiento directo, respetuoso, claro y conciso. Hablarles de sexualidad implica también hablar de emociones, sentimientos, deseos; puesto que las relaciones íntimas no se limitan a tener sexo, sino que van más allá de la atracción física.

En tanto que la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) (2004), descubrió que los y las adolescentes buscan dentro de su entorno social no familiar, respuestas a inquietudes con respecto a su identidad que los padres no siempre las pueden resolver, así pues "[...] los chicos necesitan buscar respuestas fuera de su hogar y círculos tradicionales: hacen nuevas amistades, cultivan ciertas pasiones o intereses, hacen "pruebas" de identidad, cambiando de estilo de vestir, de tipo de peinado, de forma de andar por la calle (AEPAP, 2004, p. 10).

Es claro que el desarrollo psicológico en la etapa de la adolescencia es complejo, dada la dinámica y la diversidad de situaciones que enfrentan los y las adolescentes; sin embargo, también es cierto que es una época de nuevos descubrimientos, desde lo biológico, hasta lo social, atravesando por la etapa del despertar sexual, que de por sí, es un tema muy delicado de tratarlo. A pesar de esto, hay una serie de eventos que no se repiten en ninguna etapa del ciclo vital. Muchas de las experiencias y dificultades por las que se atraviesa en la adolescencia, no se vuelven a repetir, y por esta razón es muy importante que la familia sea un apoyo permanente y su soporte emocional.

En conclusión, durante el desarrollo psicológico los adolescentes descubren nuevas formas de ver la realidad, retos y responsabilidades que cambian, asumiendo tareas más complejas y que requieren de un análisis más a fondo, utilizan la lógica para entender el porqué de las cosas. Esta etapa marca un antes y después en la vida de todas las personas, y depende mucho de cómo se atraviesan y se superan los nuevos para determinar cómo es o serán en el futuro cercano.

## **CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivos**

### **2.1.1. General**

El propósito general de esta investigación es:

- Analizar la distribución de las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental a nivel nacional en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la Zona 9, Distrito 5, Circuito 4, durante el año 2015.

### **2.1.2. Específicos**

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias.
- Elaborar el informe de resultados para el establecimiento educativo de la Zona 9, Distrito 5, Circuito 4 de la ciudad de Quito.

### **2.1.3. Preguntas de 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 la investigación**

Para la ejecución de esta investigación se tomó como diseño de investigación el tipo descriptivo, ya que el mismo permite identificar y analizar las variables investigadas asociadas a la salud mental y al consumo problemático de sustancias.

A través del método descriptivo Badesa (2004) afirma que:

Se orienta hacia el presente y actúa en los niveles de investigación aplicada y activa, intenta una observación sistemática, estudiando la realidad educativa tal y como se desarrolla [...] describe, analiza, registra e interpreta las condiciones que se dan en una situación y momento determinado (p. 91).

De esta manera, se pueden conocer cuáles son las condiciones influyentes mediante su descripción exacta; es decir, qué factores (variables) son los que sobresalen en el medio investigado. Dichos factores predominantes se ha considerado aquellos que son de riesgo y otros denominados como factores de protección.

### **2.3. Contexto**

La institución educativa en donde se realizó la presente investigación tiene un sistema de régimen militar bajo el mando de las Fuerzas Armadas; de acuerdo a las características es de tipo fiscal, actualmente está supervisada directamente por el Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador, y a partir del año 2016 pasará a ser fiscomisional. Se encuentra localizada en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha. Su ubicación georreferencial está en el centro-norte de la ciudad Capital, el mismo que es un lugar de alta plusvalía, y cercano a varios centros comerciales, hoteles de lujo y parques. Así mismo, la entidad educativa cuenta con amplias instalaciones, y todos los servicios que se requieren para impartir educación inicial, general básica y bachillerato.

El modelo pedagógico que acoge la institución se fundamenta en el constructivismo, así pues:

La formación de los estudiantes se basa en la aplicación de los principios que propone el modelo constructivista:

- Una educación que tiene en su centro al individuo, su aprendizaje y el desarrollo integral de su personalidad.
- Un proceso educativo en el que el alumno tenga el rol protagónico bajo la orientación, guía y control del profesor.
- Desarrollo de contenidos científicos y globales que conduzcan a la instrucción y a la formación en conocimientos y desarrollo de capacidades para competir con eficiencia y dignidad y poder actuar consciente y críticamente en la toma de decisiones en un contexto siempre cambiante.
- Una educación dirigida a la unidad de lo afectivo y lo cognitivo, en la que la formación de valores, sentimientos y modos de comportamientos reflejen el carácter humanista de este modelo.

- Una educación vista como proceso social, lo que significa que el individuo se apropie de la cultura social y encuentre las vías para la satisfacción de sus necesidades.
- Una educación que prepare al individuo para la vida, en un proceso de integración de lo personal y lo social, de construcción de su proyecto de vida en el marco del proyecto social. (COMIL 1, 2015).

De manera que de acuerdo a este modelo, la práctica de la enseñanza-aprendizaje está orientada principalmente en el descubrimiento de nuevos conocimientos a partir de las experiencias previas que tienen las personas; según Soler (2006), "el constructivismo sostiene que el aprendiz toma la información del mundo y construye su propia versión de ese conocimiento y lo procesa en un área concreta del saber; es decir, el constructivismo se ocupa del proceso mental, de conferir significado" (p. 30).

La población de estudiantes se divide en: Educación Inicial 2 y Preparatoria, Educación General Básica, y Bachillerato.

#### **2.4. Población**

Para seleccionar la muestra estudiantil, se empleó el muestreo casual accidental no experimental, a través del cual se eligieron a los y las participantes. Así pues, la muestra objeto de estudio se seleccionaron 22 estudiantes en total de la Institución Educativa, distribuidos de la siguiente manera:

- 6 estudiantes de primero y 16 de segundo año de bachillerato.

Las características de la muestra investigada se determinaron bajo las siguientes condiciones:

1. El establecimiento educativo es mixto,
2. La edad de los investigados está comprendida entre los 14 y 17 años de edad,
3. La sección a investigar funciona en la jornada matutina

Cabe manifestar que los dos paralelos fueron preseleccionados por la misma institución educativa. El total de estudiantes a los que se les administró los instrumentos es  $n=22$ . El ingreso de los datos a la matriz se trabajó con base en la encuesta a cada una de las variables investigadas: Sociodemográficas, Estrés, Apoyo social, Personalidad tipo A, Inflexibilidad psicológica, Resiliencia, Consumo problemático de alcohol, Consumo problemático de otras drogas, Ansiedad y depresión, y Satisfacción vital.

## **2.5. Métodos de investigación**

Para la ejecución de la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

### **2.5.1. Método descriptivo**

A través del método descriptivo se explica y analiza las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias estupefacientes. De esta manera, la investigación permite interpretar cuáles son las condiciones psicológicas y sociales que influyen directamente en la salud mental y al mismo tiempo revelar qué sucede con aquellos participantes que se encuentran en situaciones de riesgo de consumo problemático de drogas u otras sustancias.

### **2.5.2. Método estadístico**

Con este método se facilita y organiza la información obtenida a través de la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes. Es decir, mediante la presentación de los resultados en forma de datos estadísticos, se realizan inferencias sobre qué tipo de acciones y estrategias se deben aplicar, tanto en el entorno familiar, social y educativo.

### **2.5.3. Método transversal**

En esta investigación también se aplica el método transversal, puesto que permite extraer por única vez la muestra de las encuestas de las y los estudiantes, para así obtener la información necesaria en un momento específico en el tiempo.

## **2.6. Técnicas e instrumentos de investigación**

La técnica aplicada en esta investigación fue a través de la encuesta con preguntas cerradas mediante escalas de evaluación. Este instrumento permite medir aspectos de la salud mental y adicciones como: estrés psicológico, apoyo social, personalidad, inflexibilidad psicológica, resiliencia, específicas de consumo problemático de alcohol y otras drogas, ansiedad y depresión, y grado de satisfacción vital; es decir, que nos permite recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio.

### 2.6.1. Descripción de la batería

La batería está compuesta por 10 instrumentos. En base a las variables descritas anteriormente, se seleccionaron las siguientes escalas psicométricas para la medición de las mismas, a continuación la descripción de cada una de ellas:

1. Cuestionario de variables psicosociales: Permite medir las variables sociodemográficas: Sexo, edad, lugar de residencia, así como variables psicosociales y de la salud. Consta de 20 ítems que exploran de manera general el ambiente y estilo de vida que llevan las personas. Las respuestas son abiertas. (Andrade, Cuenca, & León, 2015).
2. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983). Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS-14 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido (Carnegie Mellon, 2015).
3. Un cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004). Esta escala está diseñada para medir los sentimientos subjetivos de soledad, así como sentimientos de aislamiento social. Consta de 20 ítems, y los participantes valoran cada elemento en una escala de 4 puntos (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = a veces, 4 = siempre) (Russell, Peplau, & Cutrone, 1980).
4. Type A Behavior Scale (personalidad tipo A). Escala que evalúa la presión que el tiempo y el trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, la personalidad definida por un complejo acción-emoción caracterizada por una tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado. Consta de 10 ítems, y se valoran las respuestas entre 0 y 1. Los ítems (2, 3, 4, 5, 6 se valoran desde 0 = nunca, 0,33 = casi nunca, 0,67 = de vez en cuando, 1 = a menudo) mientras que el ítem (1 es a la inversa). Los ítems (7, 8, 9, 10 se valoran 0 = No, 1 = Sí) (Andrade, Cuenca, & León, 2015).

5. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011). Este instrumento permite medir medida la evitación experiencial y psicológica en la flexibilidad. Se compone de 7 artículos que se responden utilizando una escala de 7 puntos (1 = Nunca es verdad, 2 = Muy raramente es verdad, 3 = Realmente es verdad, 4 = A veces es verdad, 5 = Con frecuencia es verdad, 6 = Casi siempre es verdad, 7 = Siempre es verdad). Los artículos reflejan una falta de voluntad de experimentar emociones y pensamientos no deseados (por ejemplo, “Tengo miedo de mis sentimientos”, “Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”) y la imposibilidad de estar en el momento presente y comportarse hacia en valores dirigidos acciones cuando experimentan eventos psicológicos que podrían socavar ellos (por ejemplo, “Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría”, “Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena”). La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de inflexibilidad psicológica (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, & Beltrán, 2013).
6. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008). Evalúa el grado resiliencia o capacidad de reacción positiva y afrontamiento al estrés. La escala cuenta con 6 ítems. Los ítems 1, 3 y 5 están redactados de manera positiva, mientras que los ítems 2, 4 y 6 están redactados negativamente. El BRS se califica por los elementos de codificación negativa (2, 4 y 6) y se extrae la media de los seis elementos. Las siguientes instrucciones se utilizan para administrar la escala: “Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes frases utilizando la siguiente escala: 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = neutral, 4 = de acuerdo, 5 = de acuerdo” (Smith, y otros, 2008).
7. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008). Esta batería es un examen de auto-informe y está diseñada para evaluar los patrones de consumo del alcohol durante el último año. Cada una de las 10 preguntas se califica en una escala de (0 a 4), en la puntuación final da un rango de 0 a 40 (las puntuaciones más altas son indicativas de problemas con la bebida). El test AUDIT refleja tres factores que se cree que están estrechamente asociados a los patrones de consumo nocivo y peligroso. Estos factores incluyen el consumo de alcohol, síntomas de dependencia del alcohol, y las

consecuencias adversas del consumo de alcohol (Saunders, Asland et al. 1993), citados en (Mathew, y otros, 2010).

8. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010). El ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse. Consta de 11 ítems y se califica de acuerdo a la frecuencia o no del consumo de sustancias (0 = nunca, 2 = 1 o 2 veces, 3 = cada mes, 4 = cada semana, 6 = diario o casi a diario). La puntuación más alta (66) indica alto riesgo o consumo problemático por dependencia de sustancias (OMS, 2011).
9. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) (Schneider, et al., 2010). Esta escala evalúa síntomas de ansiedad y depresión asociados con el deterioro social presente durante las dos últimas semanas. La puntuación se asigna (0 = nunca, 1 = varios días, 2 = más de la mitad de los días, 3 = casi cada día). El máximo puntaje del PHQ-9 entre los 9 ítems es 27. A mayor puntuación, mayores niveles de ansiedad y depresión (Andrade, Cuenca, & León, 2015) y (Patient Health Questionnaire PHQ Screeners, 2015).
10. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012). Responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos. El instrumento consta de 1 ítem y las respuestas se seleccionan en una escala del 0 al 10, siendo la más baja "completamente insatisfecho" y la más alta "completamente satisfecho". En la escala, la puntuación 5 indica un estado de satisfacción neutral; es decir, la persona considera que su satisfacción con su vida no es ni buena ni mala (Andrade, Cuenca, & León, 2015).

## **2.7. Procedimiento**

Es importante indicar que antes de aplicar la encuesta hubo un proceso de socialización con autoridades, sobre la problemática planteada, así como la importancia de esta investigación,

sus objetivos y cuáles son las ventajas de participar en el proyecto; así mismo se indicó cuáles serán los instrumentos a utilizar, y el tiempo que se emplea.

Una vez obtenida la autorización de la Institución Educativa, posteriormente se enviaron los respectivos consentimientos informados a los padres de familia a través de los estudiantes, para hacerles conocer el objetivo de la investigación y que puedan o no aprobar que se realice la encuesta.

Así mismo, cada participante recibió una carta de asentimiento informado, el cual le permitió decidir si desea o no colaborar con esta investigación; sin embargo a pesar de tener la aprobación de los padres de familia, los y las estudiantes tuvieron el derecho de elegir si quieren o no ser parte del proceso.

Durante la aplicación de la encuesta se procedió a recoger a cada uno de los participantes el consentimiento y el asentimiento informado, en cada año y paralelo asignado, de acuerdo al cronograma de actividades planificado por horas para cada visita.

Seguido a esto, se dieron las indicaciones generales sobre la forma en que deben llenar la encuesta y el tiempo aproximado que duraría todo el proceso, la importancia del proyecto, así como también se explicó la confidencialidad de los datos.

Luego se entregó la encuesta a cada estudiante de acuerdo al número de la lista por año y por paralelo.

Durante la administración de la batería de instrumentos se solventaron pocas inquietudes con respecto a ciertas preguntas específicas como: el peso, la altura, entorno familiar, horas de sueño y enfermedades.

Al finalizar el proceso, cada estudiante entregó la encuesta la misma que se adjuntó con la demás documentación para su posterior análisis en la matriz de datos. Aquellas encuestas que no completaron, o contestaron de manera sesgada se descartaron y no se consideraron para esta investigación.

Una vez que se recolectó la información se procedió a depurar aquellas encuestas que no procedían por contener fallas en la forma de llenar o por no estar completa la información, y luego se subió los datos a la matriz para analizar los datos de los 22 participantes.

Para este estudio se definieron las variables psicosociales que midieron la salud mental y otras que verificaron el riesgo del consumo problemático de sustancias estupefacientes; así pues según (Andrade, Cuenca, & León, 2015, p. 14):

Las constantes que miden las variables psicosociales de la salud mental y consumo problemático de sustancias son tres:

- 1) El estilo de afrontamiento caracterizado por un control aversivo, principalmente conductas de evitación y escape, asociado al término de inflexibilidad psicológica, lo que supondría un mayor riesgo para el desarrollo de casi cualquier problema psicológico, opuesto al deseable compromiso vital con los valores personales o eudaimonía (plenitud del ser, felicidad).
- 2) Un tipo de personalidad caracterizado por la tendencia a la competitividad, hostilidad y presión del tiempo, denominado tipo A, que supondría mayor vulnerabilidad al estrés.
- 3) Apoyo social medido a través del nivel de soledad, también asociado a mayor consumo de sustancias.

Mientras que los indicadores de salud mental son:

1. Consumo de sustancias, en especial el alcohol
2. Ansiedad y depresión
3. Nivel de satisfacción vital

Para la realización de esta investigación se seleccionaron las siguientes variables psicológicas y escalas psicométricas de medida, las mismas que se detalla a continuación:

Variables Psicológicas y Escalas Psicométricas de Medida

<b>VARIABLES</b>	<b>ESCALAS Y MEDIDAS</b>
<b>Cuestionario Ad hoc</b>	Medida de variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de residencia, etc.
<b>Estrés psicológico</b>	Perceived Stress Scale (PSS-14)
<b>Mediadoras:</b> Estilo de afrontamiento, tipo de personalidad, apoyo social, resiliencia.	Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) Type A Behavior Scale UCLA Loneliness Scale Revised Brief Resilience Scale (BRS)
<b>Indicadores de criterio de la salud:</b> Consumo de sustancias, ansiedad, depresión, satisfacción vital	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) Life Satisfaction Question (LSQ)

Fuente: Andrade, Cuenca & León (2015)

Los criterios de exclusión en esta investigación fueron:

- No tener el consentimiento informado de sus padres o representante legal.
- No tener firmado el asentimiento informado por parte del estudiante.
- Adolescente de 18 o más años.
- Centros educativos de educación especial.
- Centros educativos ubicados en el sector rural.

La CONFIDENCIALIDAD de la información se manejó de manera profesional y estricta, y únicamente se codificaron las encuestas para el proceso de tabulación. Dicho proceso de codificación se generó de la siguiente manera:

- ✓ Ciudad,
- ✓ Institución Educativa,
- ✓ Año de bachillerato,
- ✓ Paralelo y
- ✓ Número ordinal de la lista

Al finalizar esta investigación se obtuvieron datos que permitieron inferenciar qué acciones y estrategias se deben aplicar, tanto en el entorno familiar, social y educativo. Los resultados que arroje la investigación permitirán a la institución investigada crear, aplicar y discutir sobre Planes de Intervención Primaria en Educación sobre el consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

Finalmente, el trabajo realizado será entregado con las debidas conclusiones y recomendaciones para que pasen a formar parte del patrimonio de la Institución Educativa, en un lapso de 3 meses desde su aplicación.

## **2.8. Recursos**

### **2.8.1. Humanos**

- Ψ Población estudiantil seleccionada a través del muestreo casual-accidental de manera directa e intencionadamente, en la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha,
- Ψ Tesista y,
- Ψ Directora de Tesis

### **2.8.2. Materiales**

- Ψ 22 fotocopias de la batería de instrumentos (encuesta)
- Ψ 22 cartas tipo consentimiento informado

- Ψ 22 cartas tipo asentimiento informado
- Ψ Esferográficos
- Ψ Lápices

### **2.8.3. Económicos**

- Ψ Movilización
- Ψ Reproducción de fotocopias de la encuesta
- Ψ Reproducción de fotocopias de los consentimientos y asentimientos informados
- Ψ Espiralados de toda la documentación generada a partir de la aplicación de la encuesta.

### **2.8.4. Institucionales**

- Ψ Aulas de la Institución Educativa

### **CAPÍTULO 3: ANÁLISIS, DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### 3.1. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos

#### 3.1.1. Datos psicosociales

La presente investigación se basó en la encuesta sociodemográfica, referente a las características psicosociales de los investigados tales como: sexo, edad y año de bachillerato.

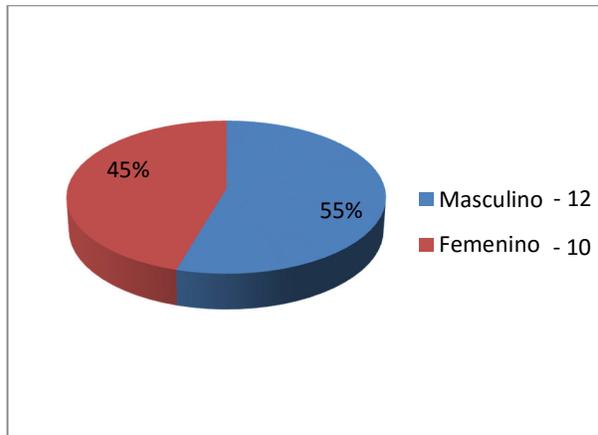


Figura 1. Sexo

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar en la figura 1, se determina que el 55% corresponde a 12 estudiantes de la muestra investigada pertenecen al género masculino, mientras que el 45% restante corresponde a 10 estudiantes del género femenino.

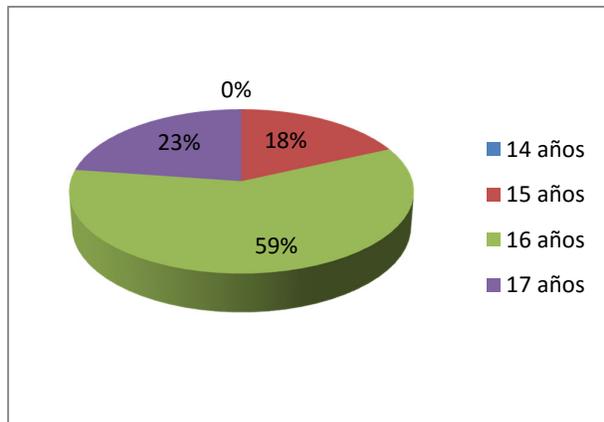


Figura 2. Edad

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con referencia a la variable edad, la investigación indica que la mayoría de estudiantes investigados tienen 16 años (59%), luego un 23% corresponden a la edad de 17 años,

mientras que en la edad de 15 años hay un 18% de investigados. Finalmente, los resultados revelan que no existe población de 14 años (0%) (Ver figura 2).

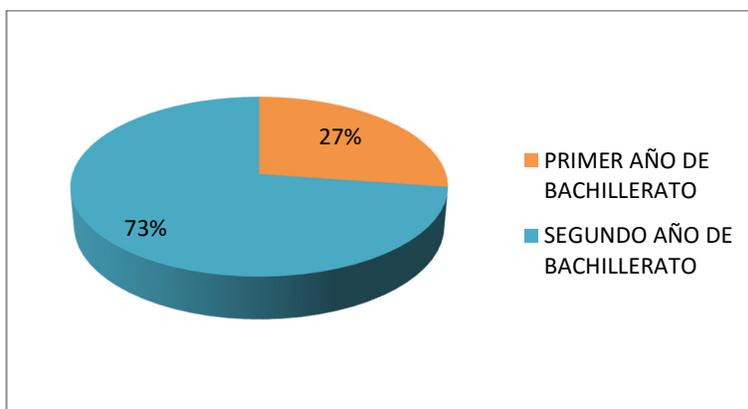


Figura 3. Año de bachillerato  
Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Del total de la muestra investigada (n= 22), los resultados señalan que el 73% de estudiantes cursan el segundo año bachillerato, en tanto que el 27% corresponden al primer año de bachillerato (ver figura 3).

Tomando en cuenta la variable año de bachillerato de la figura 3, se observa que existe un mayor número de investigados en el segundo año de bachillerato con un porcentaje de 73%, respecto al 27% de primer año de bachillerato. Esta diferencia radica en los criterios de exclusión aplicados en la población estudiantil (ver apartado 3.2. Discusión de los resultados obtenidos, p. 96).

### 3.1.2. Análisis y descripción de resultados generales

Para realizar el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados, se consideró la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio; por lo tanto para determinar qué variables son factores de protección o de riesgo se realizó el análisis pertinente.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

- 0 – 4 = bajo
- 5 = medio
- 6 – 10 alto

Es necesario además considerar que se analizaron aquellas variables más representativas, cuyas puntuaciones están alejadas al menos en 2 puntos de la media. Así pues, según la figura 4, se consideraron para su estudio las siguientes variables: AUDIT, TYPE A BEHAVIOUR SCALE, UCLA, BRS, ASSIST, PHQ-9 y LSQ.

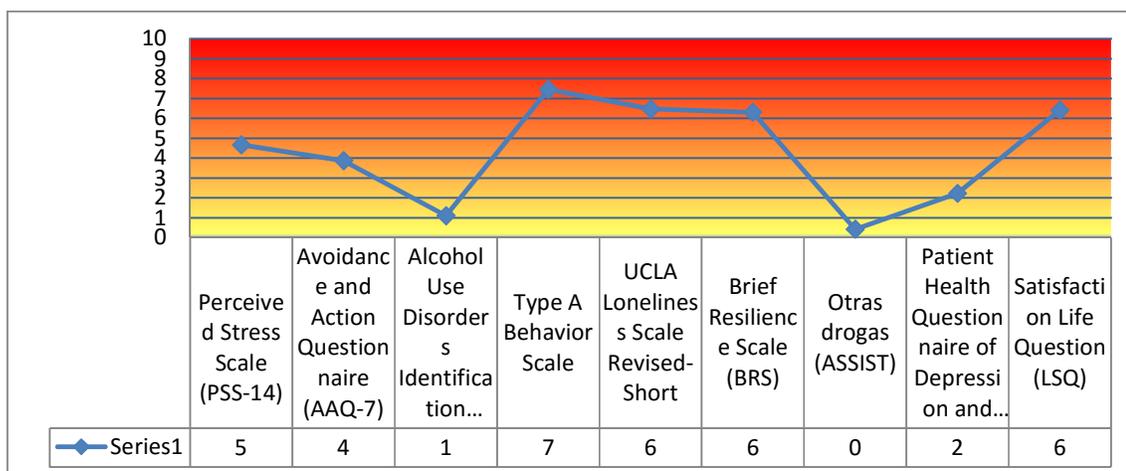


Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En cuanto al estrés psicológico (PSS-14), en la figura 4 se aprecia que la frecuencia llega al nivel medio de la ponderación que es 5; es decir que los y las estudiantes tienen estrés psicológico medianamente considerable, en función del rendimiento académico y su relación con las demás variables psicosociales.

Tabla 1: Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	5	8	5	3	1
2	7	6	6	2	0
3	1	2	9	7	3
4	2	5	4	6	5
5	0	7	7	5	3
6	1	1	6	8	6
7	0	2	6	9	5
8	3	6	10	3	0
9	0	3	6	11	2
10	0	4	9	7	2
11	1	2	10	7	1
12	1	1	4	5	11
13	0	6	5	8	3
14	2	6	4	8	2

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Analizando la tabla 1, se aprecia en el reactivo 9 que la población investigada presenta mayor reiteración con 11 estudiantes, los mismos que en el último mes han pensado “a menudo” que pueden controlar las dificultades de su vida; según el reactivo 12 han pensado “muy a menudo” sobre las cosas que les quedan por hacer, siendo estas dos respuestas las de mayor frecuencia presentada en esta tabla. Lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 4.

Por otro lado considerando la inflexibilidad psicológica (AAQ-7), se comprueba que la población investigada alcanza los 4 puntos; es decir, está por debajo de la media, en consecuencia se define como variable protectora (ver figura 4).

En la tabla 2, se demuestra que según el reactivo 4, 13 investigados a pesar de haber tenido recuerdos dolorosos, estos nunca les han impedido llevar una vida plena; es decir, son capaces de sobrellevar y sobreponerse de manera exitosa a algunas situaciones negativas o experiencias dolorosas, y por lo tanto no les afectan en su vida. En consecuencia, es una variable de protección.

Tabla 2: Frecuencia (AAQ-7)

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

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

Los resultados de la tabla 2 igualmente, en ambos sexos denotan que esta es una variable protectora, ya que a pesar de tener experiencias dolorosas es muy poco probable que estas afecten sus vidas, en donde la mayoría de investigados (hombres y mujeres) consideran que los recuerdos dolorosos nunca les han impedido llevar una vida plena.

Al analizar la variable sobre el consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), se puede apreciar en la figura 5 que en general la puntuación es baja a nivel de toda la muestra investigada; por lo tanto, se considera como una variable de protección ya que se encuentra por debajo de la media establecida de 5 puntos.

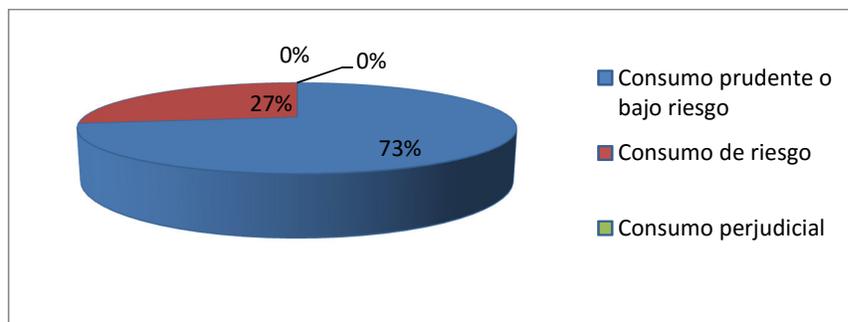


Figura 5. Figura de los test AUDIT.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Una vez obtenidos y analizados los resultados generales en la figura 5, se sostiene que existe un mayor porcentaje de toda la población investigada, que corresponde al consumo prudente o de bajo riesgo representado por el 73%; así como también dentro del consumo de riesgo se encuentra un 27% de esta población general; en tanto que, no existe consumo perjudicial ni síndrome de dependencia del alcohol, en ambos casos.

Esta investigación demostró además que al momento de aplicar la batería ASSIST los resultados arrojaron valores por debajo de la media establecida, en consecuencia no existe riesgo o hay un bajo consumo de alcohol en la población investigada.

Al realizar el análisis de los datos generales tomando en consideración la variable acerca de la personalidad (TYPE A), se puede observar que la puntuación sobrepasa la media establecida, así pues se encuentra que esta variable se desplaza dos puntos hacia arriba; es decir con una puntuación de 7; según esta variable específicamente se la considera como un factor de riesgo (ver figura 4).

Los resultados que se muestran a continuación en la tabla 3 referente a la variable personalidad (TYPE A), según reactivo 1, con una frecuencia de 12 veces, los estudiantes han manifestado sentirse bastante bien cuando tienen fuertes deseos de sobresalir (ser el mejor) al realizan la mayor parte de las cosas.

Tabla 3: Frecuencia (Type A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	8	12	2	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	7	12	2	1
3	6	7	6	3
4	8	5	7	2
5	9	8	3	2
6	9	10	3	0
Reactivo	Si		No	
7	20		2	
8	21		1	
9	16		6	
10	16		6	

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

De igual manera, con la misma frecuencia (12 ocasiones) los y las estudiantes han manifestado frente al reactivo 2, que de vez en cuando se sienten presionados por el tiempo. Mientras que ante el reactivo 8, 21 investigados afirman haber llegado al límite a causa de los estudios/tareas, siendo esta la puntuación más alta en esta tabla. De esta manera, los datos confirman que la variable personalidad tipo A es un factor de riesgo, puesto que sobrepasa el puntaje de la media.

Con respecto al apoyo social (UCLA), la valoración obtenida llega a los 6 puntos, lo que significa que la población investigada presenta altos niveles de apoyo, por lo tanto es una variable de protección (ver figura 4).

Analizando los datos de la tabla 4, según el reactivo 5, los estudiantes investigados han manifestado sentirse siempre parte del grupo de amigos, siendo en un número de 18 el mayor número de investigados. En tanto que frente al reactivo 14, existe un grupo de 13 participantes que dicen nunca haberse sentido aislado de los demás. En consecuencia, la población investigada sí percibe tener apoyo social; por lo tanto, es una variable de protección, y cuyos datos contrastan con los datos de la figura 4.

Tabla 4: Frecuencia (UCLA)

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

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

En cuanto a la resiliencia (BRS), la escala indica un puntaje de 6; esto quiere decir que sobrepasa la media (ver figura 4). De acuerdo a estos datos, la población investigada en general es capaz de afrontar los eventos estresantes, estos resultados concuerdan con el apoyo social, que es otra de las variables psicosociales considerada como factor de protección.

Tabla 5: Frecuencia (BSR)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	0	3	8	6	5
2	2	5	11	3	0
3	2	7	11	2	0
4	2	8	8	2	2
5	2	5	9	5	1
6	4	6	8	3	1

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

Según el análisis de los datos presentes en la tabla 5, y de acuerdo a los reactivos 2 y 3; existe una mayor frecuencia de 11 veces de toda la población investigada, quienes consideran que sentirse mal en situaciones estresantes y recuperarse de las mismas es

relativo. Así mismo sostienen su indiferencia ante el hecho de reanimarse de sus problemas en un determinado espacio; es decir, a veces puede tomarles mucho tiempo reponerse ante una situación estresante, u otras veces lo logran en poco tiempo.

En relación al análisis de los datos obtenidos sobre la frecuencia en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST), la puntuación queda por debajo de la media (0) según la figura 4.

Tabla 6: Frecuencia (ASSIST) en porcentajes

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	77,3	13,6	4,5	4,5	0,0
2	86,4	9,1	4,5	0,0	0,0
3	54,5	22,7	22,7	0,0	0,0
4	81,8	13,6	0,0	4,5	0,0
5	95,5	4,5	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	95,5	4,5	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	95,5	4,5	0,0	0,0	0,0

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

Analizando esta variable es necesario analizar en detalle los resultados de los datos obtenidos en la tabla 6; ya que, a pesar de ser bajo el consumo de sustancias, se ha encontrado de acuerdo al reactivo 3 que durante los últimos tres meses existió consumo de alcohol de 1 o 2 veces, y también cada mes, ambos por el 22,7% de los investigados. Otros datos indican además que frente al reactivo 4, se consumió cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.) durante los últimos 3 meses, siendo el 13,6% que lo hacen de 1 a 2 veces; mientras que el 4,5% lo ha hecho de forma semanal.

Así mismo, se revela que de acuerdo al reactivo 5, un 4,5% de la población investigada ha usado cocaína (coca, crack, etc.) con una frecuencia de 1 a 2 veces durante los últimos 3 meses; en este mismo porcentaje el 4,5% de investigados consumió alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) en igual periodo según el reactivo 9. Finalmente, durante los últimos 3 meses hubo bajo consumo de otras sustancias psicoactivas según el reactivo 11 por el 4,5% de la población investigada (ver tabla 6). En conclusión, a pesar de que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias es bajo de acuerdo a la escala de evaluación (ver figura 4), se considera a esta variable como un factor de riesgo, ya que los datos arrojan

que existe un porcentaje mínimo de participantes que se ha iniciado en el consumo de sustancias.

Para el caso de la variable ansiedad y depresión (PHQ-9) los datos de la figura 4 se encuentran en 2 puntos, lo que significa un nivel bajo de acuerdo a la puntuación media. En contraste con los resultados de la tabla 7 existen al menos más de la mitad de investigados (13) que varios días han tenido “poco interés o agrado al hacer las cosas” según el reactivo 1. De acuerdo al reactivo 2 hay 11 individuos manifestando que “se han sentido tristes, deprimidos o desesperados” varios días. Finalmente, se ha encontrado que al menos 11 investigados “han sentido cansancio o poca energía” que corresponde al reactivo 4.

Tabla 7: Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	7	13	2	0
2	6	11	5	0
3	10	7	3	2
4	6	11	3	2
5	10	5	3	4
6	16	3	3	0
7	16	3	1	2
8	17	5	0	0
9	19	2	1	0

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

De acuerdo a los datos indicados, en conclusión se considera a la variable ansiedad y depresión como factor de protección, por cuanto este estado emocional es transitorio (actividades académicas dentro y fuera de la Institución Educativa). Además se demostró en esta investigación al analizar la resiliencia, que las y los estudiantes son capaces de sobrellevar y superar los eventos estresantes.

El análisis de la satisfacción vital (LSQ), según los resultados de la figura 4, se establece una valoración de 6 puntos. Este puntaje precisa que los investigados encuentran tener una buena satisfacción de vida, por lo tanto se considera una variable protectora.

Tabla 8: Frecuencia (LSQ)

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

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

Según los resultados que se obtuvieron de los datos en la tabla 8, existe un alto nivel de satisfacción vital, con una frecuencia de 7 en el rango de 9 a 10 (completamente satisfecho), lo que significa que responden positivamente y satisfechos con su vida. En este sentido, la investigación ha demostrado que los estudiantes tienen un buen nivel de satisfacción vital; es decir se sienten tranquilos y satisfechos con su vida.

### 3.1.3. Análisis y descripción de resultados respecto al género femenino

En el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a un total de 10 estudiantes femeninas investigadas, se consideró la puntuación estandarizada de 0 a 10, por lo tanto para determinar las variables que son factores de protección o de riesgo se ponderaron los puntajes de la siguiente manera:

- 0 – 4 = bajo
- 5 = medio
- 6 – 10 alto

Al igual que el análisis de los datos generales, se contemplan analizar aquellas variables más representativas, cuyas puntuaciones están alejadas al menos en 2 puntos de la media. Así pues, se consideraron para su estudio las siguientes variables: AUDIT, TYPE A BEHAVIOUR SCALE, UCLA, BRS, ASSIST, PHQ-9 y LSQ (ver figura 6).

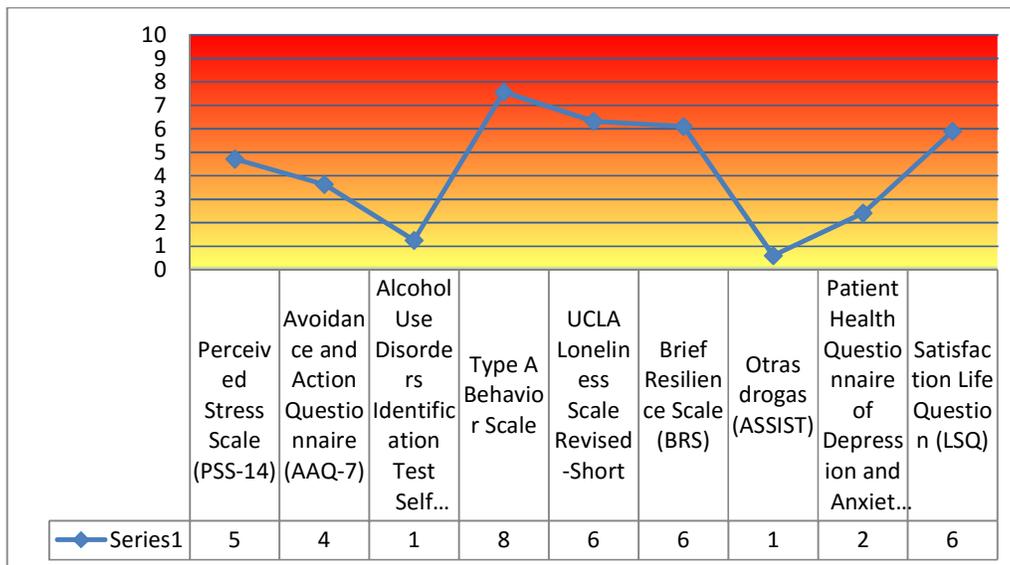


Figura 6. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura 6, en cuanto al estrés psicológico (PSS-14) en el grupo femenino, se evidencia en la muestra investigada que la variable puntúa en la escala un valor de 5; esto significa que presenta un nivel medio de estrés. Por lo tanto, se considera una variable medianamente de riesgo.

Tomando en consideración los resultados de la tabla 9, se observa en el reactivo 5 que la población femenina investigada presenta una frecuencia de 5; esto quiere decir un nivel medio de estrés psicológico. Según estos datos, las adolescentes investigadas manifiestan que en el último mes han pensado que “casi nunca” han podido afrontar con eficacia los cambios importantes ocurridos en sus vidas; igualmente en el reactivo 13 con una frecuencia de 5 esta población ha expresado “casi nunca” haber podido controlar la forma de invertir su tiempo. En consecuencia la variable estrés confirmaría ser un factor de riesgo.

Tabla 9: Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	1	5	2	1	1
2	5	0	3	2	0
3	0	1	3	4	2
4	1	2	3	1	3
5	0	5	2	1	2
6	1	1	3	3	2
7	0	2	2	3	3
8	2	3	4	1	0
9	0	2	2	4	2
10	0	3	4	2	1
11	1	1	4	3	1
12	1	1	4	1	3
13	0	5	2	3	0
14	1	3	2	3	1

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

En el caso de la inflexibilidad psicológica (AAQ-7) los resultados indican un puntaje de 4; es decir por debajo de la media establecida que es 5. De tal manera que esta variable es un factor de protección (ver figura 6).

Dentro del análisis de los resultados obtenidos en esta investigación no se reportaron casos de estudiantes femeninas con problemas o trastornos de la personalidad, así pues se considera que el grupo de estudiantes femeninas no muestran rasgos de rigidez psicológica. Sin embargo para los fines de esta investigación, se ha encontrado en las lecturas científicas acerca de los trastornos de la personalidad, en autores como Durand & Barlow

(2007) quienes manifiestan que las personas con este tipo de trastornos “son inflexibles y desadaptativos, que pueden causar deterioro funcional significativo o angustia subjetiva” (p. 431).

De esta manera, se puede observar en este estudio que el grupo femenino no se encuentra en riesgo en cuanto a esta variable psicosocial; y por lo tanto se la considera como un factor de protección al determinarse que no existe psicorrigidez.

Tabla 10: Frecuencia (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	4	3	0	2	0	0	1
2	2	3	1	1	1	1	1
3	4	2	2	0	1	1	0
4	5	4	0	0	0	1	0
5	4	1	2	0	2	0	1
6	4	2	3	0	1	0	0
7	3	2	2	3	0	0	0

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

Analizando los datos obtenidos de la tabla 10 de acuerdo al reactivo 4, la población femenina investigada manifiesta que nunca sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena, por lo tanto se considera como variable protectora.

Investigando la variable sobre el consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT) en las mujeres, se estima que de acuerdo a la frecuencia en la figura 6 la puntuación es 1; en consecuencia demuestra bajo nivel de consumo de alcohol en el género femenino; por lo tanto, se considera como una variable protectora al encontrarse 4 puntos por debajo de la media establecida.

Para una mayor comprensión sobre estos datos, se puede observar que los resultados obtenidos de esta batería (ver figura 7) indican que las mujeres consumen alcohol mayormente de forma prudente, en tanto que existe consumo de riesgo pero no es significativo.

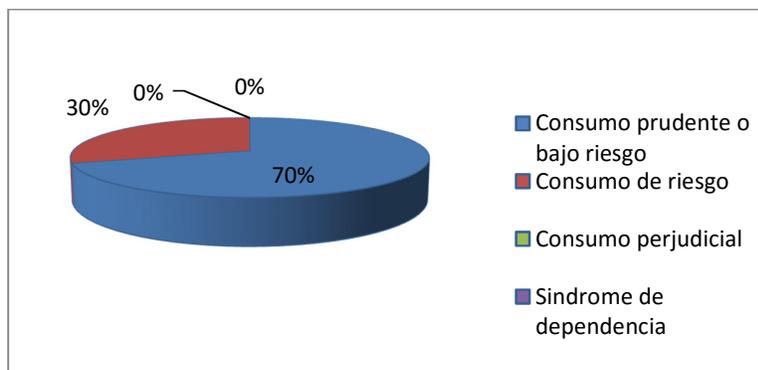


Figura 7. Figura de los test AUDIT.

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

Es decir que, en este análisis y según los porcentajes obtenidos, el 70% de la población femenina investigada tiene un consumo prudente o de bajo riesgo de bebidas alcohólicas; mientras que existe un 30% que está dentro del grupo denominado de consumo de riesgo.

Con referencia a la variable personalidad tipo A, según los resultados de la figura 6, existe una alta puntuación (7); esto significa que es una variable de riesgo y por lo tanto la población femenina investigada tiene tendencia a desarrollar este tipo de personalidad. Es claro que existe una relación directa entre el estrés y la personalidad tipo A.

Tabla 11: Frecuencia (Type A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	4	6	0	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	3	7	0	0
3	4	2	2	2
4	4	1	4	1
5	2	6	0	2
6	4	6	0	0
Reactivo	Si		No	
7	9		1	
8	9		1	
9	7		3	
10	9		1	

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

Los resultados de la tabla 11 sobre la personalidad (TYPE A), en el caso del reactivo 1, en una frecuencia de 6 estudiantes pertenecientes al género femenino han sostenido que se sienten bastante bien cuando tienen fuertes deseos de sobresalir (ser la mejor) realizando la

mayor parte de las cosas. De igual manera, con una frecuencia de 7 veces, las investigadas mencionan ante al reactivo 2, que de vez en cuando se sienten presionadas por el tiempo. Ante el reactivo 7 hay 9 féminas que manifiestan haber llevado trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar. Por otro lado, frente en el reactivo 8, con una presencia de 9 investigadas, expresan que alguna vez llegaron del agotamiento a causa de los estudios/tareas. Finalmente, el reactivo 10 confirma que 9 alumnas se sienten molestas cuando deben esperar. En consecuencia, los datos confirman que la variable es de riesgo. Esto corrobora que hay una alta tendencia a desarrollar personalidad tipo A.

Con respecto al apoyo social (UCLA) en las mujeres, la frecuencia alcanza los 6 puntos, lo que significa que la población femenina investigada presenta altos niveles de apoyo, por lo tanto es una variable de protección (ver figura 6).

Tabla 12: Frecuencia (UCLA)

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

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

Analizando los datos de la tabla 12, según el reactivo 5, el grupo femenino investigado, manifestó que siempre se siente parte del grupo de amigos, siendo de forma mayoritaria en

un número de 8 estudiantes. Consecuentemente, la población femenina investigada sí tiene apoyo social; por lo tanto, es una variable de protección.

En referencia a la variable resiliencia (BRS) en las mujeres, la escala indica un puntaje de 6; es decir sobrepasa la media (ver figura 6). Al revisar los datos obtenidos frente al reactivo 3 el mayor número (5) de estudiantes investigadas han considerado que pueden recuperarse en poco tiempo frente a una situación estresante.

Tabla 13: Frecuencia (BRS)

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

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

Analizando los resultados que se encuentran en la tabla 13, las estudiantes investigadas no tienen problemas para recuperarse ante situaciones estresantes, así pues, se observa que hay una frecuencia de 5 veces que indican esta particularidad, lo cual se expresa de manera neutral. En este sentido, parece ser que no es un factor de riesgo la resiliencia; en otras palabras, las mujeres a pesar de estar atravesando momentos difíciles, son capaces de afrontarlos y sobresalir, puesto que cuentan con el apoyo social; por lo tanto queda confirmado que la resiliencia sí es un factor de protección de las estudiantes investigadas.

En lo referente, a la frecuencia en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST) dentro de la población femenina, la puntuación está por debajo de la media (1) de acuerdo a la figura 6. Analizando en detalle los resultados de la tabla 14, a pesar de ser bajo el consumo de sustancias, se ha encontrado que según el reactivo 1 durante los últimos tres meses la población femenina ha consumido drogas 1 o 2 veces en un 10%, cada mes otro 10% más y cada semana un 10% adicional, así mismo el 40% de esta población ha consumido alcohol en los últimos 3 meses según el reactivo 3. Además de acuerdo al reactivo 4, las chicas han consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.) durante los últimos 3 meses, siendo el 10% de la población femenina que lo han hecho cada semana.

Tabla 14: Frecuencia (ASSIST) en porcentaje

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	70,0	10,0	10,0	10,0	0,0
2	70,0	20,0	10,0	0,0	0,0
3	50,0	10,0	40,0	0,0	0,0
4	80,0	10,0	0,0	10,0	0,0
5	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

En este análisis, se sostiene que a pesar de que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias es bajo de acuerdo a la escala de evaluación (ver figura 6), se considera a esta variable como un factor de riesgo, porque existe un pequeño porcentaje de mujeres que se ha iniciado en el consumo de sustancias; por lo cual podría existir tendencia al aumento.

En lo concerniente a la variable ansiedad y depresión (PHQ-9) los datos de la figura 6 indican que existe un bajo nivel de ansiedad y depresión de acuerdo a la puntuación media, siendo una frecuencia de 2 en la puntuación.

Tabla 15: Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	5	4	1	0
2	4	3	3	0
3	4	4	1	1
4	1	7	1	1
5	5	1	1	3
6	6	2	2	0
7	7	1	1	1
8	8	2	0	0
9	8	1	1	0

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

Al analizar los resultados de la tabla 15, se observa que existe una frecuencia de 3 estudiantes investigadas que más de la mitad de los días se han sentido tristes, deprimidas o desesperadas según el reactivo 2; así mismo según el reactivo 4, en 7 veces las chicas expresan que varios días están cansadas o tiene poca energía. Finalmente, casi cada día,

con una frecuencia de 3 veces la población femenina sostiene que “tiene poco o excesivo apetito”, según el reactivo 5. Al concluir este análisis se considera a la variable como factor de bajo riesgo; es decir, la población femenina estudiada presenta bajos cuadros de síntomas de ansiedad y depresión.

Finalmente, en el análisis de los datos del género femenino acerca de la variable satisfacción vital (LSQ), sus resultados indican que de acuerdo a la figura 6, que la frecuencia se encuentra por encima del promedio establecido; en este caso en 6 puntos. En consecuencia se considera como una variable protectora.

Tabla 16: Frecuencia (LSQ)

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

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

Según los resultados obtenidos en la tabla 16, al revisar la frecuencia en cuanto a la satisfacción vital, se observa que en el rango de 8 a 10, las mujeres están satisfechas y completamente satisfechas con su vida, considerando el tamaño de la muestra (mujeres n=10); así como también con una frecuencia de 1 punto, y de manera neutral se observa que también existen estudiantes femeninas que perciben a su nivel de satisfacción vital de manera indiferente. A pesar de estos resultados, se sostiene que esta variable sí es un factor de protección, ya que no hay resultados que se encuentren en el rango de 0 a 4 puntos, cuyo significado sería que las mujeres de este grupo de estudio estarían completamente insatisfechas.

### 3.1.4. Análisis y descripción de resultados respecto al género masculino

En el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a un total de 12 estudiantes masculinos investigados, se consideró la puntuación estandarizada de 0 a 10, por lo tanto para determinar las variables que son factores de protección o de riesgo se ponderaron los puntajes de la siguiente manera:

Las consideraciones de las puntuaciones son:

- 0 – 4 = bajo
- 5 = medio
- 6 – 10 alto

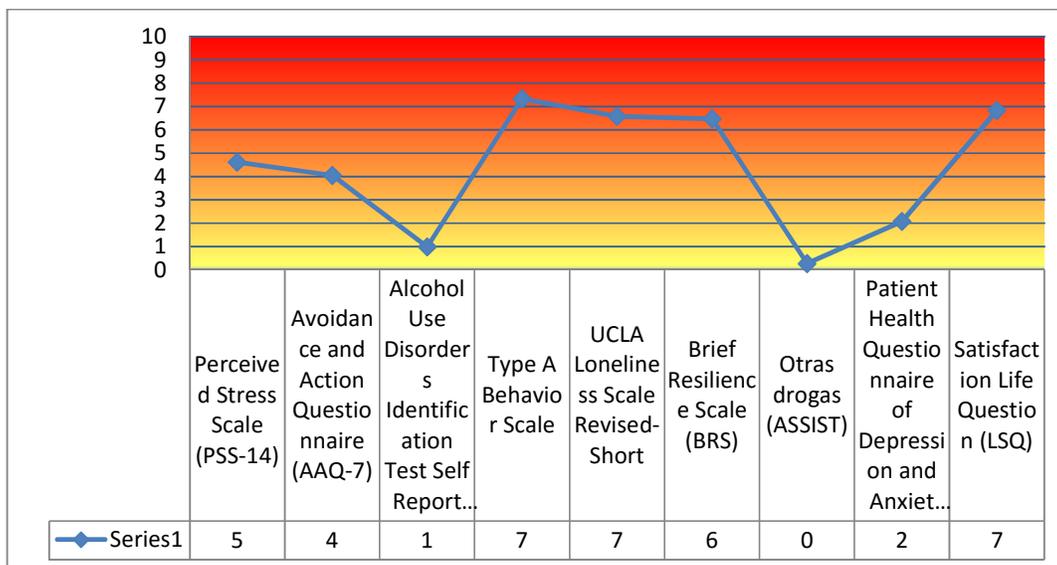


Figura 8. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Analizando la variable estrés (PSS-14), la puntuación se encuentra en la media que es 5, en consecuencia se afirma que es un factor de riesgo (ver figura 8). En el caso del género masculino, el estrés psicológico en la muestra investigada también determina que es un factor de mediano riesgo, así pues de acuerdo a la figura 8, la frecuencia se ubica en el nivel medio. Al considerar que esta es una variable de mediano riesgo no es menos cierto que puede incrementarse. En el apartado de la discusión de los resultados obtenidos (p. 96), se explica en profundidad y la justificación del por qué se considera al estrés como una variable de mediano riesgo en los jóvenes investigados.

Tabla 17: Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	4	3	3	2	0
2	2	6	3	0	0
3	1	1	6	3	1
4	1	3	1	5	2
5	0	2	5	4	1
6	0	0	3	5	4
7	0	0	4	6	2
8	1	3	6	2	0
9	0	1	4	7	0
10	0	1	5	5	1
11	0	1	6	4	0
12	0	0	0	4	8
13	0	1	3	5	3
14	1	3	2	5	1

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

En cuanto a los resultados del análisis de la tabla 17, frente al reactivo 9, los jóvenes investigados manifestaron que a menudo durante el último mes han podido controlar las dificultades de su vida, igualmente ante el reactivo 12, indican que muy a menudo piensan sobre las cosas que les quedan por hacer durante el último mes. En consecuencia se puede determinar que la muestra masculina investigada también padece de estrés. En general, los adolescentes sienten que continuamente deben estar pendientes de su vida y de todas sus actividades; es decir, los muchachos muy a menudo controlan la forma de invertir su tiempo.

En lo que respecta a la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7) de la figura 8, la puntuación se ubica en 4, por lo tanto se encuentra por debajo de la media. En consecuencia se considera como variable protectora.

Tabla 18: Frecuencia (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	4	5	1	2	0	0	0
2	2	2	1	2	1	1	3
3	2	2	3	1	1	1	2
4	8	1	1	2	0	0	0
5	4	2	1	1	1	2	1
6	5	2	2	1	1	1	0
7	3	3	3	3	0	0	0

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

En la tabla 18 con una frecuencia de 5 veces ante reactivo 1, la población masculina muy raramente ha estado afectada por algo que le haya ocurrido inesperadamente en el último mes. Lo mismo ocurre con los recuerdos dolorosos, en donde los estudiantes investigados afirman que estos eventos nunca les impiden llevar una vida plena.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), en esta variable se observa una frecuencia de 1 en la figura 8; demostrando por lo tanto un bajo nivel de consumo de alcohol por los hombres; así pues, se considera como una variable protectora.

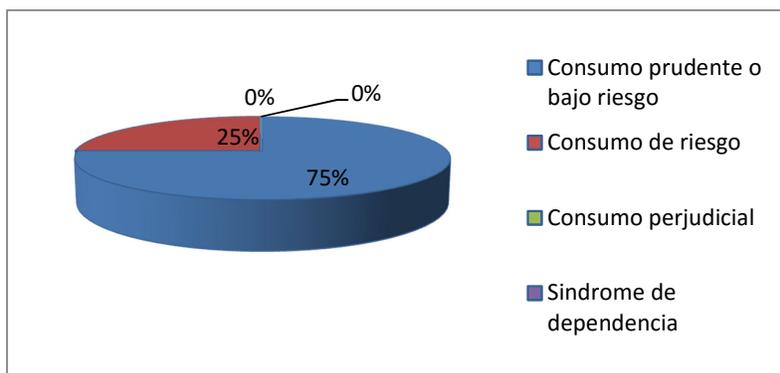


Figura 9. Figura de los test AUDIT.  
Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En este análisis de acuerdo a los porcentajes obtenidos, se comprueba que el 75% de la población masculina tiene un consumo prudente o de bajo riesgo de bebidas alcohólicas; mientras que un 25% está dentro del grupo de consumo de riesgo. A pesar de estar por debajo de la media establecida, no es menos importante aclarar que el consumo de alcohol puede variar. De tal manera que esta variable podría modificarse en futuros estudios.

Pasando a revisar la variable personalidad (Type A), la puntuación sobrepasa la media, con un valor de 7 puntos (ver figura 8). Dichos datos se confirman con los resultados de las frecuencias más altas obtenidas en la tabla 19; en la cual 12 individuos afirman haber llegado al límite del agotamiento a causa de sus estudios, así como 7 muchachos han dicho que a menudo comen muy rápido, y 6 más sienten fuertes deseos de sobresalir y ser los mejores. Por lo tanto, se considera como variable de riesgo.

Tabla 19: Frecuencia (Type A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	4	6	2	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	5	2	1
3	2	5	4	1
4	4	4	3	1
5	7	2	3	0
6	5	4	3	0
Reactivo	Si		No	
7	11		1	
8	12		0	
9	9		3	
10	7		5	

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

Según el análisis de los resultados obtenidos en la población masculina, se observa que frente al reactivo 1, la mayoría de los estudiantes investigados (6) afirman tener fuertes deseos de sobresalir o ser los mejores haciendo la mayor parte de las cosas; así como también en una frecuencia de 7 veces, han manifestado que comen muy rápido (reactivo 5), mientras que todo el grupo indica que sus trabajos o estudios los han llevado al límite del agotamiento, esto es frente al reactivo 8. Por lo tanto, debido a estos factores que alteran el ritmo de vida de los estudiantes, se considera la variable tipo A como un factor de riesgo (ver tabla 19).

En referencia al apoyo social (UCLA) en cuanto al género masculino investigado, esta variable puntualiza una frecuencia de 7 puntos (ver figura 8), y de acuerdo a ella y según la puntuación media establecida presenta altos niveles de apoyo, así pues se considera que es una variable de protección.

Tabla 20: Frecuencia (UCLA)

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

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

Analizando los resultados obtenidos que se visualizan en la tabla 20, de acuerdo al reactivo 5, los estudiantes investigados manifiestan que siempre se sienten parte del grupo de amigos, siendo de forma mayoritaria en un número de 10 veces esta frecuencia. Confirmando estas conclusiones también ante el reactivo 14, los estudiantes investigados afirman que nunca se sienten aislados de los demás, cuya frecuencia se encuentra en 8. En consecuencia, la población masculina investigada sí cuenta con un buen nivel de apoyo social; por lo tanto, esta una variable protectora.

En referencia a la variable resiliencia (BRS) en el grupo masculino, la escala indica un puntaje de 6; es decir sobrepasa la media establecida de 5 puntos (ver figura 8). Se puede observar que al estar por encima del puntaje promedio, a esta variable específicamente también se la considera como factor de protección; es decir, a mayor puntaje, mayor resiliencia.

Tabla 21: Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	0	1	5	5	1
2	0	4	7	1	0
3	1	3	6	2	0
4	1	6	4	1	0
5	0	3	5	4	0
6	1	4	5	1	1

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

Al revisar los datos obtenidos en la tabla 21 frente al reactivo 2, los estudiantes investigados no definen con claridad si pasan mal o no cuando han superado situaciones estresantes; es decir, pueden estar atravesando malos momentos pero no los exteriorizan, o a su vez dicen sentirse bien, sin embargo tampoco lo manifiestan. Es claro que en este sentido, dada la ambigüedad para responder debido a la neutralidad de las respuestas, se considera que esta variable es un factor de protección por cuanto supera la ponderación media; mientras que si el puntaje estaría por debajo en al menos un punto, entonces existiría riesgo; además, debido al apoyo social con el que cuentan los estudiantes, la relación entre estas dos variables (apoyo social y resiliencia) es directa.

Por otro lado, al analizar la frecuencia en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST), en la población masculina, los datos revelan puntuación baja (1) en relación al promedio establecido, lo que supondría considerar a esta variable como un factor de protección (ver figura 8). Sin embargo, es necesario realizar un análisis más detallado de los porcentajes más relevantes dentro del estudio, y para lo cual se han revisado los valores más significativos de los reactivos 1, 3, 4 y 11, con el fin de determinar si realmente esta variable es o no un factor de riesgo o de protección.

En cuanto al reactivo 1, dentro de la población masculina estudiantil investigada existe un 16,7% que ha consumido drogas durante los últimos tres meses con una frecuencia de 1 o 2 veces, lo cual revela que esta es una muestra considerablemente representativa en relación al tamaño de la población investigada (hombres n=12). Así pues, también se puede observar en la tabla 22, que el mayor porcentaje de estudiantes investigados el 88,3% nunca han consumido drogas.

Tabla 22: Frecuencia (ASSIST) en porcentajes

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	83,3	16,7	0,0	0,0	0,0
2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	58,3	33,3	8,3	0,0	0,0
4	83,3	16,7	0,0	0,0	0,0
5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	91,7	8,3	0,0	0,0	0,0

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

Analizando en detalle los resultados de la tabla 22, a pesar de ser bajo el consumo de sustancias, se ha encontrado que según el reactivo 3 durante los últimos tres meses los jóvenes han consumido alcohol 1 o 2 veces en un 33,3%; en tanto que cada mes lo ha hecho el 8,3%. También se ha encontrado que los jóvenes investigados han consumido otras drogas cannabináceas como marihuana, mota, hierba, o hachís. Este consumo llega a ser el 16,7% de la población estudiantil masculina investigada de acuerdo al reactivo 4; de igual manera tomando como referencia la población total de este género (hombres n=12), se considera que es un porcentaje muy significativo. Finalmente de acuerdo al reactivo 11, los muchachos han consumido sustancias psicoactivas durante los últimos 3 meses, al menos 1 o dos veces que equivale al 8,3% de los jóvenes investigados.

En lo concerniente a la variable ansiedad y depresión (PHQ-9) los datos de la figura 8 indican un bajo nivel de acuerdo a la puntuación media, siendo 2 el valor. En contraste con los resultados de la tabla 23 existe una frecuencia de 9 veces en que varios días los jóvenes “tienen poco interés o agrado al hacer las cosas” según el reactivo 1; así mismo según el reactivo 2, en 8 veces los hombres expresan que varios días “se han sentido tristes, deprimidos o desesperados”.

Tabla 23: Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	2	9	1	0
2	2	8	2	0
3	6	3	2	1
4	5	4	2	1
5	5	4	2	1
6	10	1	1	0
7	9	2	0	1
8	9	3	0	0
9	11	1	0	0

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

Sin embargo, en contraste a estos estados de ánimo, los muchachos sostienen que nunca “se sienten mal consigo mismo, o que son un fracaso o haberse fallado a sí mismas o a su familia”, con una frecuencia de 10 veces de acuerdo al reactivo 6. Finalmente, ninguno de los investigados ha sentido deseos de morir o hacerse daño, según el reactivo 9 con una frecuencia de 11 veces. Consecuentemente, la variable es un factor de protección (ver tabla 23).

La variable satisfacción vital (LSQ), en sus resultados indica según la figura 8 una frecuencia de 7; es decir, sobre la puntuación media. Lo que significa ser una variable de protección.

Tabla 24: Frecuencia (LSQ)

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

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

Según los resultados obtenidos en la tabla 24, al revisar la frecuencia en cuanto a la satisfacción vital, se observa que en el rango de 8 a 9, los hombres están satisfechos con su vida, considerando el tamaño de la muestra (hombres n=12); así como también con una frecuencia de 1 punto, y de manera neutral se observa que también existen estudiantes masculinos que perciben a su nivel de satisfacción vital de manera indiferente. Al igual que los resultados obtenidos con el grupo femenino, también se sostiene que esta variable sí es un factor de protección, ya que no hay resultados que se encuentren en el rango de 0 a 4 puntos, cuyo significado sería que los estudiantes investigados de este grupo estarían completamente insatisfechos.

### **3.2. Discusión de los resultados obtenidos**

#### *Datos psicosociales*

Tomando en consideración los resultados del análisis general, en referencia al año de bachillerato sobre la muestra investigada, el análisis sociodemográfico revela una diferencia muy significativa en cuanto al número de participantes con los cuales se realiza la investigación. Los datos que arroja la encuesta aplicada, indican que el 73% de estudiantes investigados corresponden al segundo año de bachillerato, mientras que un 27% de los mismos pertenecen al primer año de bachillerato. Las razones por las cuales existe una distancia evidentemente grande se debe a los términos de exclusión que se utilizan para realizar la investigación. La exclusión no implica aislar a los estudiantes, únicamente no se consideran para el levantamiento de la información.

Los criterios de exclusión son: no presentar el consentimiento informado por parte de los padres de familia o representante legal, la no aceptación de los estudiantes de participar en el proyecto al no firmar la carta de asentimiento informado; así como también el no contestar absolutamente ninguna de las preguntas, o por presentar muchas alteraciones (borrones, enmiendas, tachones, etc.) en toda la encuesta. Así pues, del total de 37 estudiantes correspondientes al primer año de bachillerato, únicamente 6 reúnen todos los requisitos obligatorios y necesarios para aplicar la encuesta. Mientras que de los 38 estudiantes pertenecientes al segundo año de bachillerato, solo 16 estudiantes presentan dichos requisitos. De tal manera que la muestra con la que se trabaja en esta investigación es  $n=22$ , en donde 6 estudiantes son de primero y 16 estudiantes pertenecen a segundo año de bachillerato respectivamente.

#### *Estrés psicológico*

En la presente investigación, tomando en cuenta los resultados que se obtuvieron al medir el estrés psicológico, la muestra investigada manifiesta un nivel medio de estrés. Por lo tanto se considera una variable de mediano riesgo en función del rendimiento académico y su relación con las demás variables psicosociales; por lo tanto existe una probabilidad de su incremento según la dinámica de las actividades académicas dentro de la Institución Educativa; así pues, se mencionan algunos aspectos como: la preparación previa que requieren tener los estudiantes para rendir exámenes, sobrecarga de tareas escolares, problemas para conciliar el sueño y/o no dormir las horas necesarias; así como también otros factores o actividades extracurriculares tales como exposiciones, casas abiertas, etc. Sobre esto, las investigaciones demuestran que el estrés psicológico es una de las causas principales que afectan el rendimiento escolar. También está el desarrollo psicosexual y

biológico; así mismo provoca o se incrementa estrés en los y las adolescentes cuando sus docentes deben presentar reportes de calificaciones a los padres de familia, otras situaciones como llamados de atención, amonestaciones, etc. Todos estos escenarios al conjugarse generan impaciencia, e intranquilidad en los estudiantes, considerando que en este ambiente también se involucran, docentes y padres de familia.

Según los datos generales obtenidos con la batería para determinar el estrés psicológico en la población investigada, se encuentra que el 50% de todos los y las estudiantes, en el último mes piensan a menudo que pueden controlar las dificultades de su vida; y este mismo porcentaje, piensa muy a menudo sobre las cosas que les quedan por hacer. En este sentido, el estrés está considerado como una de las principales causas que afectan la salud mental de los estudiantes. Estos resultados se corroboran con los estudios de Martínez & Díaz (2007) quienes manifiestan que “la escuela es un estresor importante en términos de competitividad, no solo en calificaciones sino también en rivalidades entre compañeros, participación en clase, realización de exámenes, desarrollo de tareas, aceptación del grupo, miedo al fracaso, y decepciones de los padres, entre otros” (p. 13).

El estrés al ser una variable de mediano riesgo existe una posibilidad de que se incremente según la dinámica de sus vidas que llevan los y las estudiantes. En cuanto al análisis por género, se determina que tanto hombres como mujeres tienen el mismo nivel de estrés psicológico; es decir, esta variable psicosocial afecta por igual a ambos sexos, indistintamente de la situación o evento que atraviesen. Finalmente, se determina que los estudiantes tienen un nivel medio de estrés debido a que permanentemente están pendientes de controlar sus dificultades, igualmente manifiestan estar en constante planificación de sus actividades. Es decir, se llega a la conclusión inicial sobre la relación entre estrés y competitividad escolar principalmente. La justificación para considerar al estrés psicológico como variable de riesgo se fundamenta en que al ser un factor desequilibrante, este puede asociarse con otros factores psicosociales como la ansiedad principalmente.

En las investigaciones de Melendro, Suárez & Perdomo (2000), se encuentra que las imposiciones sociales obligan a los adolescentes a adoptar posturas pasivas y otras veces activas refiriéndose a la búsqueda de autonomía, ya que en ocasiones los adolescentes tienen libertad para escoger, elegir y para opinar; sin embargo la toma de decisiones es más complicada de lo que parecería, así lo manifiestan al sostener que “la sociedad impone al adolescente un cambio de estatus que incluye la necesidad de independencia y de buscar el porvenir fuera de la familia, unido a la necesidad de autonomía de los jóvenes con relación a sus padres [...]” (p. 82). De tal manera que es la misma sociedad adulta bajo sus normas y

reglas, la que en cierta forma impone modelos de conducta. Por otra parte, Vernieri (2006) sostiene que “la adolescencia es un período de gran vulnerabilidad durante el cual los chicos y chicas comienzan a estar expuestos a mayores riesgos. Quizás sea la etapa de la vida que más requiera de adultos dispuestos a escuchar [...]” (p. 5).

A pesar de que los datos de esta investigación revelan que el estrés psicológico está en un rango medio, esto no concluye o asevera que no existe riesgo; ya que como se ha manifestado anteriormente cuando se analizaron los resultados generales, existen diversas causas por las cuales las mujeres, en este caso, también se sienten afectadas a causa del estrés psicológico, que entre otras cosas es producto del desarrollo biológico, psicológico y social. En este sentido, se afirma que la población femenina y masculina investigada efectivamente es vulnerable al estrés ya que como lo indican estos autores, hay muchos eventos o escenarios a los que están expuestos los adolescentes, y por lo tanto existe mayor riesgo.

Tomando en consideración los resultados de la tabla 9 (p. 82), se observa en el reactivo 5 que la población femenina investigada presenta una frecuencia de 5; esto quiere decir un nivel medio de estrés psicológico. Según estos datos, las adolescentes investigadas manifiestan que en el último mes han pensado que “casi nunca” han podido afrontar con eficacia los cambios importantes ocurridos en sus vidas; igualmente en el reactivo 13 con una frecuencia de 5 esta población ha expresado “casi nunca” haber podido controlar la forma de invertir su tiempo. En consecuencia la variable estrés confirmaría ser un factor de riesgo.

Si consideramos que las estudiantes no afirman completamente sentirse capaces de afrontar sus problemas y que de alguna manera tampoco pueden en su totalidad planificar o controlar su tiempo, nos lleva a la conclusión que efectivamente se sienten estresadas; lo contrario nos indicaría que “nunca” han podido controlar los cambios importantes en su vida.

Un aspecto fundamental que debe considerarse como factor estresante es la etapa del desarrollo físico-sexual de las mujeres, Coleman & Hendry (2003) aclaran que “durante la adolescencia se experimentan numerosos cambios, uno de ellos es el desarrollo físico o pubertad. [...] Se considera que tiene su comienzo con el inicio de la menstruación (menarquia) en las chicas [...]” (p. 31). Esta serie de cambios incluidos los caracteres sexuales secundarios en las mujeres, generan estrés psicológico debido a la notoriedad que representa su desarrollo psico-sexual, que como lo han demostrado varias investigaciones, las mujeres se desarrollan física y sexualmente antes que los hombres. Hay eventos únicos y propios en las mujeres, que causan estrés; así por ejemplo, los estudios de (Ellison, 2001)

(Citado en Berger, 2006) indican que “las niñas se ensanchan por debajo de la cintura, sobre todo en la pelvis, para prepararse para el embarazo y desarrollan las mamas, para prepararse para la lactancia” (p. 443). En general, las mujeres a diferencia de los hombres padecen estrés psicológico a causa de su desarrollo biológico y sexual principalmente, por el mismo hecho de verse y sentirse diferentes.

En el caso del género masculino, el estrés psicológico en la muestra investigada también determina que es un factor de mediano riesgo, así pues de acuerdo a la figura 8 (p. 90) la frecuencia se ubica en el nivel medio. Al considerar que esta es una variable de mediano riesgo no es menos cierto que puede incrementarse; a diferencia de las mujeres, los varones perciben este estado psicológico frente a situaciones principalmente relacionadas con el grupo de sus pares; en este espectro encontramos el uso de drogas (alcohol, tabaco y otras sustancias) y las relaciones sexuales. Por esta razón el inicio del consumo de alcohol y tabaco principalmente, comienza antes de los 12 años aproximadamente. En general “[...] el estilo de consumo de los padres se identifica como uno de las principales influencias en la conceptualización que realiza el adolescente del alcohol en los inicios en el consumo en la adolescencia temprana, [...] en los iguales supone la influencia más importante a lo largo del resto de etapas de la adolescencia” (Guttma, Eccles, Peck y Malanchuk, 2011; Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008; Ruíz-Juan y Ruíz-Risueño, 2011) (citados en Musitu, C. Suárez, C., & del Moral, G., 2015) (pág. 40). Los adolescentes a diferencia de las adolescentes, perciben al sexo como un objetivo primario, de tal manera que exploran las diferentes formas de encontrar placer sexual. Esta intensa búsqueda de la satisfacción sexual se manifiesta a través de actos más íntimos como la masturbación, y en otros casos teniendo relaciones sexuales tempranas. Autores como Coleman & Hendry (2003) al hablar del estrés en los adolescentes sostienen que entre otras cosas “[...] estas personas podrían señalar el estrés producido por los exámenes, la presión de los iguales en relación con las drogas o el sexo [...] (p. 219).

### *Inflexibilidad Psicológica*

En cuanto a variable sobre la inflexibilidad psicológica, se comprueba que la población investigada se encuentra por debajo de la media establecida, lo que significa que es variable protectora. Luego del análisis se determina que alrededor del 59% de toda la población investigada es capaz de sobrellevar y sobreponerse de manera exitosa ante situaciones negativas o experiencias dolorosas, cuyos recuerdos no les impiden llevar una vida plena. En consecuencia, es una variable de protección. En contraposición al estrés, la investigación demuestra que los y las estudiantes poseen un buen nivel de flexibilidad psicológica; esto significa que muestran apertura, dejando de lado la mayoría de experiencias negativas. Así

se concuerda con los estudios de Halgin & Whitbourne (2009) quienes consideran que “pensar de manera positiva es un método de afrontamiento enfocado en la emoción que las personas usan para hacerse sentir mejor bajo condiciones estresantes” (p. 214).

En general, las adolescentes investigadas a pesar de haber experimentado situaciones conflictivas o dolorosas, no manifiestan rigidez psicológica; es decir, no centran su vida en una idea negativa hasta el punto de bloquearse y resistirse a los cambios o a nuevas experiencias. Mientras que los hombres muy rara vez se sienten afectados por algo que le haya ocurrido inesperadamente en el último mes. Por lo tanto se descarta que la inflexibilidad psicológica sea una variable de riesgo. De esta manera se puede confirmar que los adolescentes no manifiestan rigidez psicológica, en vista de que son hábiles para enfrentar situaciones estresantes.

#### *Consumo de alcohol*

A pesar de que los resultados generales en cuanto al consumo de alcohol son bajos, no se puede afirmar que este sea un factor de protección, sino que se considera como un factor de bajo-mediano riesgo; ya que, a pesar de que el consumo es menor, no es menos cierto que como un problema social, el alcohol como lo mencionan Halguin, & Whitbourne (2009) “muchas personas consumen alcohol de manera permanente, mayores de 12 años reconocen haber bebido al menos un trago durante el mes [...]” (p. 441), es probable que una vez que la población investigada se haya iniciado en el consumo alcohol, existirá mayor riesgo de incremento en lo posterior, lo cual puede ser descartado o corroborado en un futuro estudio. En este sentido, no hay afirmación científica que sostenga que el consumo alcohol en exceso es bueno para la salud; las investigaciones manifiestan que consumir alcohol en general es perjudicial; es decir no afirman en qué medida es beneficioso y en qué otra es nocivo; de esta manera concuerda Kalat (2004) al sostener que “el alcohol es la droga recreativa más ampliamente usada en la mayoría del mundo. En cantidades moderadas ayuda a la gente a relajarse. En cantidades grandes daña el hígado y otros órganos, afecta al razonamiento y arruina vidas” (p. 414). Por estas razones las personas que consumen alcohol de forma desmesurada, sufren severos daños a nivel de todo el sistema digestivo, especialmente el hígado; así mismo el alcohol causa un deterioro en el sistema nervioso central, así como la conducta del individuo se altera de manera drástica.

El consumo de alcohol causa dependencia y su comienzo a temprana edad cada vez es más frecuente, lo que desencadena en problemas de alcoholismo, aun cuando las personas conocen de los daños perjudiciales que le causa siguen consumiéndolo, al ser una droga considerada socialmente aceptada. Los resultados indican que a pesar de estar en un bajo

rango de consumo, se descarta que sea una variable de protección, lo que lleva a concluir que los estudiantes posiblemente no contestaron con franqueza a este instrumento.

Al analizar el consumo de alcohol en las mujeres investigadas, se comprueba que el 70% de la población tiene un consumo prudente o de bajo riesgo de bebidas alcohólicas; mientras que existe un 30% dentro del grupo de consumo de riesgo. Así mismo, se comprueba que el 75% de la población masculina tiene un consumo prudente o de bajo riesgo de bebidas alcohólicas; mientras que un 25% está dentro del grupo de consumo de riesgo. A pesar de estar por debajo de la media establecida, no es menos importante aclarar que el consumo de alcohol puede variar. De tal manera que esta variable podría modificarse en futuros estudios. Los estudios realizados por Castejón & Abellán (2006) demuestran que “[...] más de la mitad de las mujeres (55,9%) no consumieron alcohol durante los últimos doce meses; en el caso de los varones, los abstemios no llegan a un tercio (31,3%) [...]” (p. 80). Es decir, se mantiene la tendencia de consumo mayoritario por parte de la población masculina, en tanto que las mujeres lo hacen en menor proporción; de todas maneras se afirma que el consumo de alcohol es perjudicial para la salud, por lo tanto considerándola como una droga, también causa adicción.

#### *Personalidad Tipo A*

Por otra parte, los resultados sobre la variable personalidad (TYPE A), demuestran que el 54,54% de toda la población investigada declaran que se sienten bastante bien cuando desean fuertemente sobresalir (ser el mejor) ante los demás en todas las actividades que realizan. De igual manera, en el mismo porcentaje los y las estudiantes sostienen que de vez en cuando se sienten presionados por el tiempo. Sin embargo, el 95,45% de la población investigada expresa que ha llegado al límite a causa de los estudios/tareas, lo que nos revela que en efecto, los estudiantes sí se sienten presionados. Esto supone que la población investigada está en proceso de desarrollar enfermedades cardiovasculares u otras perturbaciones como cefaleas, alergias, enfermedades respiratorias, consumo de alcohol, cigarrillos, etc. Así lo demuestran los estudios de Polaino-Lorente, Cabanyes, & del Pozo (2003) quienes sostienen que “entre los rasgos de personalidad tipo A encontrados en las personas que con mayor frecuencia [...] El riesgo atañe principalmente a las enfermedades cardiovasculares [...]” (p. 477). De tal manera la población investigada cuya personalidad es tipo A, es propensa a sufrir problemas cardíacos, así como también expresan dificultades de interacción social y están expuestos a múltiples enfermedades; por lo tanto en su mayoría los y las estudiantes son propensos a consumir drogas como el alcohol y el cigarrillo principalmente. Así se confirma que la variable personalidad tipo A es un factor de riesgo para la salud, y especialmente para la salud mental. Magnavita, et al., (1997) ratifica “las

personas con pautas de comportamiento tipo A, en particular aquellas con niveles altos de hostilidad, por lo común presentan comportamientos poco sanos como fumar y consumir grandes cantidades del alcohol, y además como conducir en forma imprudente” (Halgin & Whitbourne, 2009, p. 219).

Es claro que existe una relación directa entre el estrés y la personalidad tipo A, así lo sostiene Witkin (2004) manifestando que “[...] las mujeres tenían el mismo potencial para desarrollar personalidades tipo A. [...] Parece ser que la relación es esta: la urgencia de tiempo y la hostilidad imperante [...]” (pp. 123-124). Por otra parte, también se ha encontrado que las mujeres son más propensas a desarrollar otras enfermedades a causa de la relación estrés-personalidad tipo A, a esta conclusión llegaron los estudios de Whetten & Cameron (2004) quienes encontraron que “[...] en años recientes, las enfermedades femeninas relacionadas con el estrés (por ejemplo, ataques al corazón, suicidios, migrañas) realmente han sobrepasado las de los hombres en algunas profesiones” (p. 131). Es claro que este comportamiento estaría en aumento si la población femenina no adopta una postura más calmada, dicho de otro modo, si las mujeres no pueden controlar sus emociones y dejan de actuar impulsivamente o son demasiado impacientes, es posible que sufran accidentes o enfermedades que comprometan seriamente su vida.

Es definitorio que tanto las mujeres como los hombres que fueron investigados, cuyos rasgos se asientan en la personalidad tipo A son candidatos a sufrir accidentes o desarrollar enfermedades coronarias debido a su agresividad, impaciencia, impulsividad e imprudencia, lo cual fue demostrado por Halgin & Whitbourne (2009) al sostener que “las personas que con frecuencia tienen una sensación de impaciencia, irritabilidad o presión para conseguir hacer algo de prisa pueden estar en riesgo de desarrollar problemas cardíacos” (p. 216). Esta investigación también revela que a causa del tiempo limitado y las asignaciones escolares tanto en la Institución Educativa como en el hogar, ha provocado que los estudiantes no se alimenten adecuadamente; así pues, los resultados indican que los hombres investigados se alimentan muy rápido, y por lo tanto son proclives a desarrollar problemas gastrointestinales. Finalmente, aquellos individuos considerados audaces, competitivos, impacientes, cínicos, suspicaces y hostiles; además de ser fácilmente irritables se encuadran en un comportamiento dentro del tipo A.

### *Apoyo social*

En el tema relacionado al apoyo social, se observa que el 81,81% de toda la población en general de estudiantes investigados expresan que siempre se sienten parte del grupo; es decir, cuentan con la aceptación de sus pares, siendo este el mayor porcentaje de la

población de estudio. En tanto que existe un grupo representado por el 59,09% de participantes investigados que aseveran que nunca se han sentido aislados por parte de los demás. En consecuencia, la población general investigada sí tiene apoyo social; en consecuencia esta es una variable de protección.

La investigación realizada además ha demostrado que el grupo analizado cuenta con el apoyo social especialmente dentro del grupo de sus pares y la familia. Otros estudios han demostrado que por lo regular la gente prefiere a sus seres más cercanos, antes que acudir a determinados especialistas; esta es la conclusión a la que llega Gottlieb (citado en Fernández 2005) señalando que: “[...] las personas afectadas por problemas emocionales, situaciones difíciles y/o generadoras de estrés, elegían a personas de su entorno antes que a especialistas en salud mental, como psiquiatras o psicólogos, para intentar solucionarlos” (p. 5).

En el caso de las mujeres el apoyo social cuando se lo recibe dentro del propio grupo (de los pares) incrementa la resiliencia ante situaciones que generan estrés, de tal manera que se sienten más seguras y pueden afrontar los problemas cotidianos. En las investigaciones como las de Barcelata (2015) confirman lo dicho, así pues “[...] el apoyo social percibido por las mujeres [...] cuando son solteras, perciben mayor apoyo que cuando son casadas” mientras que Barcelata (2011) (citado en Barcelata 2015) demostró que “las mujeres perciben mayor apoyo social que los varones [...]” (párr. 3), al igual que en los varones, el apoyo social también se manifiesta dentro del grupo de los pares. Académica y socialmente hablando, también es importante contar con un buen apoyo social mientras las relaciones interpersonales sean positivas, lo cual se ha demostrado en este estudio que esta una variable protectora. Así pues, lo sostienen Yubero, Serna, & Larrañaga (2009) expresando que “sin duda, el fomento de relaciones interpersonales positivas dentro del contexto educativo, conlleva una mejora en la inclusión social y del propio desarrollo cognitivo, siendo estos factores determinantes en el rendimiento escolar” (p. 158).

Como se puede observar los resultados indican que tanto en las mujeres como en los hombres, es el entorno social más cercano el que ayuda a mantener o mejorar la salud mental, siendo la familia y los pares el primer punto de apoyo social que se requiere para afrontar y superar una crisis emocional. De igual manera, es importante mencionar que esta unidad grupal sea considerada como la más viable ante el afrontamiento de la problemática dentro y fuera del aula. De aquí que radica la importancia de la unidad familiar y en general de todo el entorno social en los ámbitos que subyacen al desarrollo humano.

### *Resiliencia*

Al discutir sobre la resiliencia (BRS), en este estudio se obtiene que el 52,38% de la población en general considera que ante los problemas y las situaciones estresantes es capaz de afrontar sin mayores dificultades. Esta neutralidad tiene su correlación con el apoyo social; de tal manera que, a mayor apoyo, mayor “resistencia” tiene el grupo. Por lo tanto, la resiliencia es otra variable protectora; es decir los y las estudiantes son capaces de afrontar los eventos estresantes, sin que ello implique estar desanimados o no poder recuperarse tan pronto de sus problemas. A esta conclusión también han llegado Rutter, et al., (citado en Cabanyes, 2010) afirmando que “la resiliencia es un fenómeno por el que los individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas [...]” (p. 146). En este sentido, se consideran adversidades a todas aquellas situaciones estresantes (colegio, familia, amistades, responsabilidades académicas, desarrollo sexual, etc.). Por lo tanto, la resiliencia se confirma como un factor de protección, ya que ha permitido a la población investigada mantener un sentido optimista y positivo frente a todo lo negativo, aun cuando los escenarios sean por demás complicados. Esta neutralidad denota que su relación entre la capacidad de recuperación ante los eventos estresantes y su la salud mental no tiene una incidencia significativa; sin embargo al estar por encima de la media establecida en la escala, se considera que la resiliencia sí es un factor de protección dentro de todo el grupo investigado.

### *Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias*

El consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en esta investigación arroja resultados muy debajo del promedio establecido, siendo un mínimo porcentaje de la población el que ha consumido algún tipo de estas sustancias; sin embargo al revisar en detalle estos porcentaje se encuentran datos reveladores, considerando el tamaño de la población investigada (n=22); así pues, el 22,7% de toda la población investigada ingiere alcohol una o dos veces cada mes. Así mismo se consumen otras drogas como cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.) llegando a ser el 13,6% que lo hacen de 1 a 2 veces; mientras que el 4,5% lo ha hecho de forma semanal. También se encuentra que el 4,5% de la población investigada consume cocaína (coca, crack, etc.) y otras sustancias como alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) y otras sustancias psicoactivas, con una frecuencia de 1 o 2 veces, durante los últimos tres meses.

En cuanto a los resultados obtenidos por género, se encuentra que durante los últimos tres meses el 40% de las adolescentes investigadas consumen bebidas alcohólicas cada mes, más que los adolescentes investigados, siendo estos con apenas el 8,3%. Sin embargo, los

datos también revelan que la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es diferente en cuanto al género; así pues: las mujeres consumen alcohol cada mes, sin embargo los hombres lo hacen más de una vez mensualmente; es decir que, las mujeres llegan a consumir bebidas alcohólicas en menor cantidad en ese periodo, siendo apenas el 10% de las estudiantes investigadas; mientras que en esta misma frecuencia, los estudiantes investigados llegan a ser el 33,3% que consumen alcohol en más de una ocasión durante el mismo tiempo.

Como se puede apreciar luego de revelar los datos obtenidos, y a pesar de que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias es bajo de acuerdo a la ponderación que se establece para determinar riesgo o protección a esta variable psicosocial, no es menos importante aclarar que se considera como un factor de bajo-mediano riesgo, ya que se encuentra un porcentaje representativo de participantes que se ha iniciado en el consumo de sustancias, no solamente de alcohol, sino de otras drogas; por lo tanto se puede inferir cierta tendencia al aumento en el consumo problemático. Estos datos se corroboran con el trabajo de autores como Vega (1993) quien manifiesta que “existen diferentes tipos de consumo, desde la simple experiencia hasta la dependencia de una sustancia, pasando por el consumo ocasional y el consumo social [...]” (p. 175). Así mismo, como se ha observado en esta investigación en cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias de manera ocasional, que pueden generar dependencia, también la OMS (1994) encontró que “[...] aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal” (p. 29).

Es decir que, de acuerdo a esta investigación y según los resultados obtenidos, las personas que llegan a consumir drogas, sea de manera ocasional o por curiosidad, están en alto riesgo de generar dependencia a estas sustancias, especialmente con el alcohol, puesto que al ser una droga socialmente aceptada y promocionada a través de los medios y el mismo entorno familiar, es más fácil que se puede acceder a ella. Consumir drogas trae consecuencias negativas, en el caso de las mujeres se pueden ocasionar embarazos no deseados a causa de violaciones, intentos de suicidio, así como violencia y desajuste emocional y social, etc. En tanto que en los hombres, este consumo ocasiona accidentes de tránsito, peleas, violencia generalizada, e incluso también intentos de suicidio, como lo sostienen Estévez, Jiménez & Musitu (2007), en relación al consumo de drogas en adolescentes demuestran que: “[...] una amplia variedad de problemas tales como el fracaso escolar, el sexo no planificado, los accidentes de tránsito, problemas legales (peleas, robos, vandalismo), problemas afectivos, intentos de suicidio y mayores niveles de consumo de

otras drogas” (p. 106). Adicionalmente se presentan otro tipo de problemas sociales como lo afirma Parada (2010) “el consumo excesivo de alcohol se relaciona con accidentes de tránsito, violencia doméstica, maltrato infantil, conflictos laborales, urgencias médicas, complicaciones hepáticas, y muerte entre otros” (p. 3). En general, el consumo ocasional de alcohol, tabaco y otras sustancias a la larga trae consencuencias negativas, una de ellas es que genera adicción. Por lo tanto, se afirma categóricamente que a pesar de tener datos por debajo del promedio establecido, esta variable sí es un potencial factor de riesgo.

### *Ansiedad y depresión*

Al considerar los resultados obtenidos en esta investigación haciendo referencia a la variable ansiedad y depresión (PHQ-9), este estudio revela que el 59,09% de la población investigada durante varios días tiene poco agrado o interés por hacer las cosas; es decir, más de la mitad de los y las estudiantes que participaron en este proceso investigativo sienten desagrado por sus actividades. Así mismo, se encuentra que el 50,00% de todo el conjunto en general de estudiantes que fueron investigados, se sienten durante varios días, tristes, deprimidos o desesperados; así como también expresan estar cansados o con poca energía.

De acuerdo a los datos indicados, se considera que la ansiedad y la depresión son factores de bajo riesgo, ya que la puntuación obtenida se encuentra por debajo del promedio establecido. Es importante aclarar que este estado se debe a los eventos propios de sus actividades académicas, e incluso son momentáneos. Cuando se habló de la resiliencia se pudo constatar que la población objeto de estudio sí es capaz de sobrellevar y superar los eventos estresantes; de ahí que para autores como Caseras (2009) “[...] es muy importante tener en cuenta que la ansiedad es una respuesta del organismo esperable y deseable” (p. 13). De tal manera que al igual que este autor, esta investigación arrojó los resultados sobre ansiedad depresión como factores de bajo riesgo, así pues los y las estudiantes casi siempre atraviesan situaciones que les causan preocupación o intranquilidad, por lo tanto experimentan cierto grado de ansiedad/depresión. Por otra parte, también se evidencia en esta investigación, que las mujeres a diferencia de los hombres, se sienten más tristes, deprimidas o desesperadas; así pues el 30,00% de las estudiantes investigadas pasan más de la mitad de los días en ese estado, mientras que el 16,66% de los jóvenes investigados llegan a sentir estos ánimos.

Finalmente, se encuentra que las mujeres tienen más problemas con la alimentación, ya que el 30% de las estudiantes investigadas manifiestan que tienen poco o excesivo apetito, en tanto que únicamente el 8,33% de los jóvenes investigados sostienen que sufren de

problemas alimentarios. Como se puede determinar, en general son las mujeres quienes tienen mayor tendencia a padecer trastornos de ansiedad o depresión; sin embargo, al reflejarse los datos por debajo del promedio establecido (en tres puntos menos), se puede confirmar que esta variable es un factor de protección, por cuanto la población investigada no presenta altos niveles de ansiedad o depresión; así pues como lo afirman Halgin & Withbourne (2009) “[...] con moderación, la ansiedad puede servir para algunas funciones positivas” (p. 162). En consecuencia, de acuerdo a los resultados obtenidos, se sostiene que la variable ansiedad y depresión es un factor de protección, ya que tanto hombres y mujeres no presentan cuadros altamente significativos de signos y síntomas ansioso-depresivos, al igual que de manera general, toda la población investigada sí tiene un buen concepto de sí mismo.

### *Satisfacción vital*

Según los resultados obtenidos en cuanto al nivel de satisfacción vital, en general el 77,12% de la población estudiantil investigada tiene un buen grado de aceptación de sí mismos y de su entorno más cercano, así como de sus intereses por todas las experiencias acumuladas a lo largo de sus vidas. Existe un alto nivel de satisfacción vital, siendo este porcentaje el rango más alto. Así, la satisfacción vital es significativa entre ambos géneros mujeres y hombres, al revelar que hay un nivel de satisfacción del 60% y 75% respectivamente. Esto quiere decir que, la población masculina investigada se siente mayormente satisfecha con su vida, que las estudiantes investigadas.

En este sentido, esta investigación ha demostrado que los estudiantes tienen un buen nivel de satisfacción vital; es decir se sienten tranquilos y satisfechos con su vida. Esta afirmación se asienta en las investigaciones sobre la relación de las variables autoeficacia y apoyo social percibido con la satisfacción vital en adolescentes realizadas por Chavarría, & Barra (2014) en la que estos autores determinaron que “[...] los resultados mostraron altos niveles de autoeficacia y apoyo social percibido, así como un nivel relativamente alto de satisfacción vital” (p. 41).

En consecuencia, la población estudiantil investigada percibe un alto nivel de satisfacción vital; es decir, se sienten satisfechos con su vida; en este sentido, es su propia visión la que tienen de ellos mismos y de su situación con el entorno social la que determina el agrado, la felicidad, y la alegría que representa esta etapa del desarrollo humano; si bien es cierto, en su camino existen muchas dificultades y también desaciertos, no es menos relevante que el grupo de investigados hombres y mujeres con el que se trabajó en esta investigación han demostrado un buen nivel de aceptación de sí mismos y de su entorno.

## CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación, las variables psicosociales consideradas como protectoras y que están asociadas a la salud mental son: El apoyo social, la satisfacción vital, los bajos niveles de ansiedad y depresión; además se han considerado como factores de protección: la resiliencia, y la flexibilidad psicológica, puesto que en esta última variable se determinó que no existen individuos que presenten psicorrigidez. Dentro de estas variables de protección, se determina que la resiliencia y el apoyo social son determinantes dentro todo el grupo de investigados, ya que no presentan mayores dificultades para afrontar los problemas; así mismo, tienen un alto sentido de pertenencia con sus pares y una gran mayoría también siente el apoyo parental. Tanto los hombres como las mujeres tienen un buen concepto de su vida, y su satisfacción vital es elevada, de tal manera que se sienten conformes con su vida; por lo tanto, tienen más probabilidades de que las variables psicosociales consideradas como factores de riesgo no mermen su adecuado desenvolvimiento social y en general todo lo que conlleva su desarrollo como seres humanos.
2. Por otra parte, las variables psicosociales consideradas como factores de riesgo de la salud mental en el grupo investigado son: El estrés, dado que en conjunto los resultados indican que la población investigada presenta dificultades tales como: la planificación de tareas académicas, la preocupación excesiva por la falta de tiempo y la organización de sus actividades. También se encontró que la población investigada padece de falta de sueño o duerme pocas horas. En cuanto a la población femenina, se atribuye que también es causante de estrés psicológico, el desarrollo psicosexual, el concepto de su autoimagen, etc.; para los hombres es motivo de estrés, la aceptación de los pares, la iniciación sexual temprana y el comienzo en el consumo de alcohol y otras drogas. En este aspecto, se encuentra que existe un nivel de consumo bajo-moderado de alcohol y otras drogas. Toda la población investigada ha consumido alcohol al menos una o dos veces durante los últimos tres meses y otras sustancias en menor cantidad en el mismo tiempo; es decir, hay riesgo en cuanto a los problemas con el consumo de alcohol y otras drogas. Otra variable de consideración y que llama la atención en la población investigada, es la vulnerabilidad de desarrollar la personalidad tipo A. Se ha comprobado que la personalidad tipo A es un factor de riesgo en la población investigada pues la mayoría denotan rasgos y características propios de esta personalidad; en general se consideran como individuos competitivos, e impacientes.

3. Tanto hombres como mujeres presentan algunas similitudes de acuerdo a las variables protectoras y de riesgo que se analizaron en esta investigación; sin embargo es necesario sostener que dentro de la variable ansiedad y depresión, son las mujeres las que presentan mayor riesgo o son más propensas a presentar cuadros ansioso-depresivos; mientras que los hombres tienen mayor riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias.
4. Finalmente, elaboro y presento un informe de resultados con los datos más relevantes de la investigación, así como de los instrumentos aplicados y su descripción. En este informe constan aquellas variables que han sido consideradas de protección y asociadas a la salud mental, y las variables que son factores de riesgo, el mismo que será entregado a la Institución Educativa correspondiente a la Zona 9, Distrito 5, y Circuito 4.

## RECOMENDACIONES

1. Todo problema que implique riesgo, o en el que se vea afectada la salud mental de los y las estudiantes, debe ser tratado como un problema de salud pública, por lo tanto es necesario que se de esta prioridad en la Institución Educativa.
2. Al ser el estrés la principal causa de afectación a la salud mental de los estudiantes es necesario diseñar e implementar planes de prevención, a través de la socialización del problema con toda la comunidad educativa (estudiantes, padres de familia y docentes), haciendo énfasis en los riesgos que implica esta afectación en las personas, sus causas y consecuencias.
3. Los y las adolescentes al ser una población vulnerable se recomienda trabajar con planes de intervención primaria tales como: Desarrollar programas de prevención, orientados a la promoción de la salud mental y el desarrollo social de los adolescentes, se recomienda que estos programas se desarrollen también para los niños en la etapa preescolar. También es importante aplicar planes de prevención secundaria, con el objetivo de disminuir la frecuencia de los desajustes emocionales presentes; en la que se incluya además a los padres de familia principalmente, ya que son las personas adecuadas para que conozcan cómo se encuentra la salud física y mental de sus hijos.
4. Es importante además que se trabaje sobre los aspectos relativos a la personalidad, puesto que un gran número de estudiantes presentan rasgos de personalidad tipo A. Este trabajo debe realizarse con el apoyo de profesionales especializados en salud mental, a través de un estudio más profundo de la personalidad de cada individuo con el objetivo de modificar ciertos patrones de conducta como la impaciencia, y la excesiva competitividad. Ayudarlos a que se enfoquen más en la preocupación por los demás y a que aprendan a trabajar en equipo. Esto se lo puede realizar a través de dinámicas grupales, u otras más específicas como la psicoterapia.
5. Realizar campañas más sólidas frente del consumo problemático del alcohol, en las que se haga énfasis en los problemas físicos, psicológicos y sociales que conlleva, y las graves consecuencias que acarrea. Estas campañas deben ir acompañadas de talleres, mesas de trabajo, foros de diálogo, etc. Dichas actividades deben ser planificadas, y ejecutadas por los y las docentes que están a cargo de los cursos, en coordinación con el Departamento de Consejería Estudiantil y bajo la supervisión del

vicerectorado académico, a fin de que se dé fiel cumplimiento a estas actividades. Así mismo se debe invitar a especialistas, panelistas y gente que con su propia experiencia pueda dar su testimonio de vida. No hay mejor forma de conocer la realidad del mundo de las drogas, que con la propia vivencia de quienes padecieron esta experiencia y que han logrado superarla. Lo anterior se recomienda con mucho énfasis puesto que los jóvenes tienen una idea totalmente errónea de lo que significa consumir alcohol. La realidad es totalmente distinta y como tal debe ser conocida.

6. Brindar charlas, conferencias y talleres enfocados en la familia y adolescentes, los mismos que abarquen la problemática social desde la perspectiva familia, educación y adolescencia, sobre sexualidad, embarazo precoz, el aborto, etc.; así como abarcar más profundamente en temas que son de interés tales como: trastornos alimentarios, de la conducta y el estado de ánimo; también se pueden elaborar talleres y charlas acerca de los trastornos de la personalidad. Estas charlas y talleres deben ser impartidos por profesionales especializados en salud mental, psicólogos clínicos, médicos psiquiatras; también es importante que dentro de estas participaciones se involucre a toda la comunidad educativa, incluyendo a padres de familia.
7. Desarrollar a través del Departamento de Consejería Estudiantil en conjunto con las autoridades del plantel educativo y con la representación de los padres de familia, planes de apoyo y protección para los menores de edad principalmente, y vigilar que estos planes se cumplan y que se establezcan como políticas institucionales los cuidados preventivos, seguimiento y apoyo a las familias, sobre todo en aquellas que son disfuncionales.
8. Ejecutar acciones de protección a los menores dentro de las familias, en la escuela y el colegio, así como crear estrategias de cambio cultural, evitando que la mala publicidad de los medios llegue a estos sectores vulnerables (niños y jóvenes), mediante la creación de proyectos sociales, en los que se involucre la comunidad educativa, con el apoyo de las universidades a través de pasantías, y prácticas pre-profesionales, brindándoles apertura, colaboración y predisposición de las autoridades y docentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aceves, J. (2000). *Psicología General*. México, D.F.: Publicaciones Cruz O., S.A.
- Albrecht, A., & Herrick, C. (2007). *100 preguntas y respuestas acerca de la depresión*. Madrid: Edaf, S.L.
- American Psychological Association. (2015). *Salud mental/corporal: Estrés*. (S. Weiss, & N. Molitor, Editores) Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres.aspx>
- Andrade, L., Cuenca, G., & León, R. (2015). Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015. Loja: UTPL.
- APA. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (Cuarta ed.). Barcelona: Masson, S.A.
- Asociación Española de Pediatría, d. (2004). *Desarrollo Psicológico*. Obtenido de <http://www.aepap.org/pdf/psicologico.pdf>
- Ávila, A., Rodríguez, C., & Herrero, J. (2000). En A. Cordero, *La evaluación psicológica en el año 2000* (pág. 98). Madrid: Tea Ediciones.
- Badesa, S. (2004). Investigaciones y experiencias. En G. Pérez, *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural, aplicaciones prácticas* (pág. 91). Madrid: Narcea.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Fernández: Díaz de Santos.
- Barcelata, B. (2015). Variables implicadas en la percepción del apoyo social. En B. Barcelata, *Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia* (Primera ed.). México, D.F.: El manual moderno.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). *Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://goo.gl/egyIA2>
- Basteiro, S. (2002). *Exclusión social y salud* (Primera ed.). Barcelona: Icaria.
- Becoña, E. (2006). *Resiliencia : definición, características y utilidad del concepto*. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024>
- Belas, J. (2000). *¿Qué es la Psicoterapia? (parte 1)*. Obtenido de <http://www.jlbelas.psc.br/meustextos.php?var=meustextos&op=texto&id=90>
- Berdichewsy, B. (2002). *Antropología Social: Introducción una visión global de la humanidad* (Primera ed.). Santiago: LOM Ediciones.
- Berger, K. S. (2006). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia* (Séptima ed.). Madrid: Médica Panamericana.

- Bermúdez, J., Pérez-García, A., Ruiz, J., Sanjuán, P., & Rueda, B. (2011). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.
- Briones, E. (2010). *La aculturación de los adolescentes inmigrantes en España: aproximación teórica y empírica a su identidad cultural y adaptación psicosocial* (Primera ed.). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Burrone, M. (2010). *Análisis del Registro de Intervenciones Preventivas sobre el consumo de drogas en adolescentes escolarizados de la Provincia de Córdoba-Argentina (Tesis de Maestría en Salud Pública)*. Obtenido de [http://www.observatorio.gov.ar/universidades/Tesis\\_Maestria\\_Salud\\_Publica\\_BurroneMS.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/universidades/Tesis_Maestria_Salud_Publica_BurroneMS.pdf)
- Cabanyes, J. (2010). *Resiliencia: una aproximación al concepto*. Obtenido de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13189836&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=286&ty=93&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v03n04a13189836pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13189836&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=286&ty=93&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v03n04a13189836pdf001.pdf)
- Cabañero, M., Richart, M., Cabreo, J., Orts, M., Reig, A., & Tosal, B. (2004). *Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3017.pdf>
- Carnegie Mellon. (2015). *Psychology Department*. Obtenido de [http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS\\_14\\_EuropeanSpanish\\_Dr\\_Remor\\_Version\\_2\\_0.doc](http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS_14_EuropeanSpanish_Dr_Remor_Version_2_0.doc)
- Caseras, X. (2009). *Comprender el trastorno de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia*. Barcelona: Amat.
- Castejón, P., & Abellán, A. (2006). Estado de salud. En M. Sancho, *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Tomo I* (Primera ed.). Madrid: IMSERSO.
- Chavarría, M., & Barra, E. (2014). *Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art04.pdf>
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed.). México, D.F.: Pearson.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (Cuarta ed.). Madrid: Morata.
- Colom, B. (2006). *Psicología de las Diferencias Individuales. Teoría y práctica*. Madrid: Pirámide.
- COMIL 1. (2015). *Modelo Pedagógico*. Obtenido de [http://www.comil.edu.ec/portal2013/index.php?option=com\\_content&view=article&id=17&Itemid=24](http://www.comil.edu.ec/portal2013/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=24)

- Dahlke, R. (2010). *Terapias efectivas contra la depresión*. Barcelona: Robinbook.
- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano* (Primera ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Doron, R., & Parot, F. (2004). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Ediciones Akal.
- Durand, V., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología, un enfoque integral de la psicología anormal* (Cuarta ed.). México, D.F.: Thomson.
- Estévez, E., Jiménez, T., & Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres, Ediciones Culturales Valencianes, S.A.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & de Pablo, J. (2008). *Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos*. Obtenido de SCIELO Colombia: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11.pdf>
- Fernández, R. (2005). *Redes sociales, apoyo social y salud*. Obtenido de <http://ddd.uab.cat/pub/periferia/18858996n3/18858996n3a4.pdf>
- García, J. (2007). *Breve introducción a la terapia de aceptación y compromiso*. Obtenido de <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/act/brevepresenact.htm>
- Gelles, R., & Levine, A. (2004). *Sociología con aplicaciones en países de habla hispana* (Sexta ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- González, M. (2006). *Manejo del estrés*. Málaga: Innovación y Cualificación, S.L.
- González, S., & Valdez, J. (2005). *Significado psicológico de la depresión*. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/810/1469>
- Halgin, R., & Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad, perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (Quinta ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología* (Primera ed.). Barcelona: UOC.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2015). *Desarrollo humano, una perspectiva del ciclo vital* (Quinta ed.). México, D.F.: Cengage Learning.
- Kalat, J. (2004). *Psicología biológica* (Octava ed.). Madrid: Thomson.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, G., & Zárate, M. (2002). *Psicología social de las Américas* (Primera ed.). México, D.F.: Pearson.
- Kornblit, A., & Rodiles, G. (2007). *Juventud y vida cotidiana* (Primera ed.). Buenos Aires: Biblos.
- Lamas, H., & Murrugarra, A. (2006). El Concepto de Salud Mental ¿qué significa? En L. Oblitas, *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: Psicom Editores.

- Llberia, E., Sánchez, F., & de la Fuente, J. (2010). Desarrollo evolutivo normal. En C. Soutullo, & M. Mardomingo, *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Médica Panamericana.
- Lutte, G. (2006). *Los jóvenes en las representaciones sociales dominantes*. (M. Pérez, Ed.) Obtenido de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Abuso\\_de\\_Drogas/Articulos/Libros\\_Adolecencia.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Abuso_de_Drogas/Articulos/Libros_Adolecencia.pdf)
- Marcos del Cano, A., & Topa Cantisano, G. (2012). *Salud Mental Comunitaria*. Madrid: UNED.
- Martínez, E., & Díaz, D. (2007). *Una aproximación psicosocial al estrés escolar*. Obtenido de [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2557786.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2557786.pdf)
- Mathew, T., Shields, A., Yanov, S., Golubchikova, V., Strelis, A., Yanova, G., . . . Greenfield, S. (2010). *Performance of the alcohol use disorders identification test*. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042366/pdf/nihms-220727.pdf>
- Melendro, M., Suárez, L., & Perdomo, S. (2000). *Adolescentes y jóvenes en dificultad social*. Madrid: Cáritas Española.
- Morris, C., & Maisto, A. (2005). *Psicología* (Duodécima ed.). México, D.F.: Pearson.
- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). *Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región del Maule*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65027764012>
- Muñoz, A. (2015). *Desarrollo psicológico durante la adolescencia*. Obtenido de <http://www.cepvi.com/articulos/adolescencia.shtml#.VW55n0b59PZ>
- Musitu, C., Suárez, C., & del Moral, G. (2015). Reflexiones en torno al consumo del alcohol en adolescentes. En M. Laespada, E. Aróstegui, P. Gómez, I. Iraurgi, I. Markez, & J. Meana, *Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes: una mirada ecológica*. Barcelona: Deusto Digital.
- Myers, D. (2005). *Psicología* (Séptima ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Navas, L., Mañas, C., & Iniesta, A. (2009). Desarrollo y Adolescencia. En J. Castejón, & L. Navas, *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones. Implicaciones para la enseñanza en la educación secundaria*. Alicante: ECU Editorial Club Universitario.
- Nettleton, S., Pleace, N., Burrows, R., Muncer, S., & Loader, B. (2005). *¿Sociedad virtual? Tecnología, "cibérbole", realidad* (Segunda ed.). (S. Woolgar, Ed.) Barcelona: OUC.
- Núñez Rojas, A.; Tobón, S. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicologicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 14. Obtenido de [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista13/Calidad\\_de%20vida\\_salud\\_y\\_factores\\_psicologicos\\_asociados.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf)

- Oblitas, L., & Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud* (Primera ed.). México, D.F.: P y V Editores.
- OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Obtenido de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- OMS. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria*. Obtenido de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)
- OMS. (2012). *La depresión*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- ONU-PNUD. (2002). *Política dinámica de drogas: Comprensión y control de las epidemias de drogas*. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=yWfqWTLB08oC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Orozco, F. (2014). *Hacia una mejor comprensión de la satisfacción vital percibida: una revisión de la literatura sobre los factores asociados a la satisfacción vital de los inmigrantes (Tesis doctoral)*. Obtenido de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/113605>
- Ortiz, J. (2015). *Consecuencias del consumo de drogas opiáceas y opioides*. Obtenido de <https://www.institutoneurociencias.med.ec/guia-salud-mental/item/15007-trastornos-inducidos-drogas-opiaceas-opioides>
- Parada, M. (2010). *Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol en jóvenes universitarios (Tesis doctoral)*. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=BwD79L0UE6MC>
- Páramo, M. (2009). *Adolescencia y Psicoterapia: Análisis de significados a través de grupos de discusión (Tesis doctoral)*. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=9VYEXtAti\\_4C&pg=PA36&dq=desarrollo+psicologico+adolescentes&hl=es-419&sa=X&ei=pKCNVfTtL4yx-AGC\\_4DAAg&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=desarrollo%20psicologico%20adolescentes&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=9VYEXtAti_4C&pg=PA36&dq=desarrollo+psicologico+adolescentes&hl=es-419&sa=X&ei=pKCNVfTtL4yx-AGC_4DAAg&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=desarrollo%20psicologico%20adolescentes&f=false)
- Patient Health Questionnaire PHQ Screeners. (2015). *PHQ-9*. Obtenido de [http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screener=02\\_PHQ-9](http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screener=02_PHQ-9)
- Polaino-Lorrete, A., Cabanyes, J., & del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Madrid: Ediciones Rialp, S.A.
- RAE. (2014). *Personalidad*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=Personalidad>
- Redondo, C., Galdó, G., & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. Santander: Publican - Ediciones de la Universidad de Cantabria.

- Reynoso, L., & Seligson, I. (2002). *Psicología y Salud* (Primera ed.). México, D.F.: UNAM.
- Riso, W. (2012). *El poder del pensamiento flexible*. Bogotá: Océano.
- Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente* (Segunda ed., Vol. II). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes, lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid: Tébar, S.L.
- Ruiz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). *Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The spanish version of the acceptance and action questionnaire - II*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/4090.pdf>
- Russell, D., Peplau, L., & Cutrone, C. (1980). *Revised UCLA loneliness scale*. Obtenido de [http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self\\_Measures\\_for\\_Loneliness\\_and\\_Interpersonal\\_Problems\\_UCLA\\_LONELINESS\\_REVISED.pdf](http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Loneliness_and_Interpersonal_Problems_UCLA_LONELINESS_REVISED.pdf)
- Sánchez, M., García, J., Valverde, M., & Pérez, M. (2014). *Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos*. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527414000085>
- Serrano, M. (2002). *La Educación para la Salud Del Siglo XXI: Comunicación y Salud* (Segunda ed.). Madrid: Díaz de Santos.
- Siebert, A. (2007). *La resiliencia, construir en la adversidad*. Barcelona: Alienta.
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). *The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back*. Obtenido de <http://homepages.uwp.edu/crooker/745-resile/articles/smith-et-al-2008-brs-indiv.pdf>
- Soler, E. (2006). *Constructivismo, innovación y enseñanza efectiva*. Caracas: Equinoccio.
- Soriano, M. (diciembre de 2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual 1,2. *Revista Internacional De Psicología y Terapia Psicológica*, 2(2), 176. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/748380882?accountid=45668>
- Torres, X., & Baillés, E. (2014). *Comprender el estrés*. Barcelona: Amat editorial.
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión* (Quinta ed.). Barcelona: Hispano Europea, S.A.
- Vega, A. (1993). *La acción social ante las drogas, propuestas de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea, S.A.
- Vega, O., & González, D. (2009). *Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision2.pdf>
- Vernieri, M. (2006). *Adolescencia y autoestima* (Segunda ed.). Buenos Aires: Bonum.
- Virseda, J., & Bezanilla, J. (2014). *Enfermedad y familia* (Primera ed., Vol. II). México, D.F.: UNAM.

von Bargen, J. (2011). *Factores sociales y psicosociales asociados al consumo de drogas entre escolares de colegios rurales de la RM de Chile*. Santiago: Diplom.de.

Whetten, D., & Cameron, K. (2004). *Desarrollo de habilidades directivas* (Sexta ed.). México, D.F.: Pearson.

Witkin, G. (2004). *Manual de supervivencia para mujeres con estrés*. Barcelona: Amat Editorial.

Yubero, S., Serna, C., & Larrañaga, E. (2009). El fracaso escolar como una forma de exclusión social. En S. Yubero, E. Larrañaga, & J. Morlales, *Exclusión: nuevas formas y nuevos contextos*. La Mancha: Universidad de Castilla-La Mancha.

Yuni, J., & Urbano, C. (2005). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital* (Primera ed.). Córdoba: Brujas.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1: Carta de Presentación del Proyecto para Rectores**

### **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO Y TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA**

**Proyecto: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015”**

#### **CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO PARA RECTORES DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS**

Loja, Mayo 2015

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 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 tesisistas.

La importancia de esta temática radica en que la salud mental según la Organización Mundial de la Salud, es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera; por otro lado el consumo problemático de drogas es reconocido por el Ministerio de Educación como un problema social ya que afecta a toda la comunidad, en especial a niños y jóvenes, con un alto consumo de alcohol, tabaco y fármacos en el ámbito nacional, por esta razón mediante el Programa Nacional de Educación Preventiva para el Uso Indebido de Drogas PRONEP/UID, dispone de varios programas y campañas de prevención. Sin embargo, es necesario realizar un análisis de mayor profundidad para desarrollar planes de intervención eficientes en relación a esta problemática, por ello se investigará sobre salud mental, personalidad, apoyo social, estilos de afrontamiento, con el propósito de conocer indicadores de bienestar en el estudiante.

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 Investigador 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,

Ph.D. Silvia Vaca Gallegos

**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO  
DE PSICOLOGÍA**

Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez

**COORDINADOR DE LA TITULACIÓN  
DE PSICOLOGÍA**

Anexo 2:



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Lea detenidamente los enunciados, y marque con una X en el cuadro la respuesta que mejor describa su realidad.

--

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

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

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que 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

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.		

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

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

1. ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. ¿Con qué frecuencia sientes que no hay nadie que puedas pedir ayuda?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. ¿Con qué frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. ¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. ¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. ¿Con qué frecuencia sientes que tus Intereses e Ideas no son compartidos por quienes te rodean?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. ¿Con qué frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. ¿Con qué frecuencia te sientes excluido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. ¿Con qué frecuencia sientes que tus relaciones sociales no son significativas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. ¿Con qué frecuencia sientes que nadie te conoce realmente bien?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. ¿Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. ¿Con qué frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas 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 (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína (coca, crack, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido anfetaminas (speed, éxtasis, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
8. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario

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

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

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

Gracias por su colaboración

**Anexo 3:**  
**Carta de Autorización del Rector**

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

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

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

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

**Contactarse:** Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: [liandrade@utpl.edu.ec](mailto: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 4:**

**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**

**CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

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

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

La Universidad Técnica Particular de Loja a través del Departamento de Psicología, pondrá en ejecución el proyecto denominado **“Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015”**; como parte del desarrollo del proyecto, el señor rector de la institución educativa \_\_\_\_\_ aceptó y autorizó la aplicación de la batería a los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, razón por la cual ponemos a su conocimiento el siguiente cronograma de trabajo, en el cual se detallan las actividades a realizar en la presente institución.

Evaluador del proyecto:

F: \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA UTPL**

Nombre

Lunes 15 de junio	- Solicitud de lista de estudiantes de los cursos que participaran en el proyecto.				
Martes 16 de junio	- Entrega de cartas de consentimiento informado para los padres y/o representantes de los estudiantes.				
Jueves 18 de junio	- Recepción de cartas de consentimiento.				
Viernes 19 de junio	- Aplicación de instrumentos.				
Actividades	Día	Hora		Año de bachillerato	Paralelo
		Inicio	Fin		
Presentación y socialización del proyecto	Viernes 19 de junio	08:00 am	08:05 am	Primero	C
Instrucciones sobre cómo completar la batería		08:05 am	08:15 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		08:15 am	09:00 am		
Presentación y socialización del proyecto	Viernes 19 de junio	10:00 am	10:05 am	Segundo	B
Instrucciones sobre cómo completar la batería		10:05 am	10:15 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		10:15 am	11:00 am		

**Anexo 5:**

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

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

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

**Contactarse:** Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: [liandrade@utpl.edu.ec](mailto:liandrade@utpl.edu.ec), Telf.: 371 444, 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 6:

**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:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_