



UNIVERSIDAD PARTICULAR TÉCNICA DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA
TÍTULO DE LICENCIADA 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 17D09, circuito 17D09C03_04 del Ecuador, 2015.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Darquea Darquea Verónica Alexandra

DIRECTORA: Dra. Mestanza Páez Reina Cleopatra

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister:

Dra. Reina Mestanza

DOCENTE DE 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 17D09, circuito 17D09C03_04 del Ecuador, 2015”, realizado por Verónica Alexandra Darquea Darquea, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 22 de febrero del 2016.

DIRECTORA

Dra. Mestanza Páez Reina Cleopatra

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Verónica Alexandra Darquea Darquea, declaro ser autora 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 17D09, circuito 17D09C03_04 del Ecuador, 2015”, de la Titulación de Psicología General, siendo la Magíster Dra. Reina Cleopatra Mestanza Páez directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f. _____

Autora: Verónica Darquea

C.I.: 1711581742

DEDICATORIA

*"Vive como si fueras a morir mañana,
aprende como si fueras a vivir para siempre"
(Ghandi)*

Esta tesis la dedico a mis padres por su apoyo incondicional y confianza, a quienes admiro por ser un ejemplo de vida, por haberme guiado con amor, libertad y respeto en el camino de la felicidad y el conocimiento.

AGRADECIMIENTO

*El entusiasmo es la madre del esfuerzo,
sin él jamás se consiguió nada grande.-
Ralph Waldo Emerson.*

Agradezco a Dios por su infinita presencia, sus incontables bendiciones y por permitirme cumplir mis más anhelados sueños.

A mis padres, Elsa y Eduardo, quienes con su amor incondicional me apoyan en todo momento. Quienes me han sabido formar con amor y profundos valores. Ellos me han otorgado todas las herramientas necesarias para crecer y convertirme cada día en un mejor ser humano.

A mis hermanos, Paola y Roberto por su infinito cariño y confianza.

A mis sobrinos porque con su inocencia me recuerdan cada día que las cosas simples de la vida también nos hacen felices.

A mis compañeros y amigos por motivarme cada día para cumplir mis deseos y un agradecimiento especial a mi amiga Marité por acompañarme en este ambicioso camino entregando siempre lo mejor de sí.

A mis maestros, a mi directora de tesis Reina Mestanza y a la institución por todo el apoyo brindado, que me ha permitido completar con excelencia el desarrollo de esta tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Carátula	i
Aprobación del trabajo de titulación	ii
Declaración de autoría y cesión de derechos	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de contenidos	vi
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	1
Capítulo I: Marco teórico	3
1.1 Salud Mental	4
1.1.1 Definición de salud mental	4
1.1.2 Factores asociados a la salud mental	5
1.1.2.1 Personalidad	5
1.1.2.2 Estrés	7
1.1.2.3 Apoyo Social	10
1.1.2.4 Inflexibilidad psicológica	11
1.1.2.5 Compromiso vital	13
1.1.2.6 Resiliencia	14
1.1.2.7 Ansiedad y depresión	16
1.1.2.8 Satisfacción vital	18
1. 2 Consumo de drogas	20
1.2.1. Consumo problemático de drogas	20
1.2.2. Consumo problemático de alcohol	23
1.2.3. Causas del consumo de drogas	25
1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas	28

1. 3 Adolescentes	31
1.3.1. Desarrollo biológico	31
1.3.2. Desarrollo social	33
1.3.3. Desarrollo psicológico	34
Capítulo II: Metodología	37
2.1. Objetivos	38
2.1.1. General	38
2.1.2. Específicos	38
2.2. Preguntas de investigación	38
2.3. Diseño de la investigación	38
2.4. Contexto	39
2.5. Población	40
2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	40
2.6.1 Métodos	40
2.6.2. Técnicas	41
2.6.2.1. Batería de instrumentos psicológicos	41
2.6.2.2. Técnicas de investigación bibliográfica	43
2.7. Procedimiento	43
2.8. Recursos	44
Capítulo III: Análisis y discusión de los resultados	46
3.1. Datos psicosociales	47
3.2. Análisis de los resultados generales	48
3.3. Análisis de los resultados respecto al género femenino	56
3.4. Análisis de los resultados respecto al género masculino	64
Discusión	73
Conclusiones	78
Recomendaciones	81
Referencias bibliográficas	84
Anexos	89

ÍNDICE DE TABLAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Tabla 1. Recursos materiales y económicos	45
Tabla 2. Frecuencia de estrés (PSS-14)	49
Tabla 3. Frecuencia de estilo de afrontamiento (AAQ-7)	50
Tabla 4. Frecuencia de consumo de alcohol AUDIT	51
Tabla 5. Frecuencia de personalidad tipo A	52
Tabla 6. Frecuencia de apoyo social (UCLA)	52
Tabla 7. Frecuencia de resiliencia BRS	53
Tabla 8. Frecuencia de consumo de sustancias (ASSIST)	54
Tabla 9. Porcentaje de consumo de sustancias (ASSIST)	54
Tabla 10. Frecuencia de depresión y ansiedad (PHQ-9)	55
Tabla 11. Frecuencia de satisfacción vital (LSQ)	56
Tabla 12. Frecuencia de estrés (PSS-14) para el género femenino	57
Tabla 13. Frecuencia de estilo de afrontamiento (AAQ-7) para el género femenino	58
Tabla 14. Frecuencia de consumo de alcohol AUDIT para el género femenino	59
Tabla 15. Frecuencia de personalidad tipo A para el género femenino	59
Tabla 16. Frecuencia de apoyo social (UCLA) para el género femenino	60
Tabla 17. Frecuencia de resiliencia BRS para el género femenino	61
Tabla 18. Frecuencia de consumo de sustancias (ASSIST) para el género femenino	62
Tabla 19. Porcentaje de consumo de sustancias (ASSIST) para el género femenino	62
Tabla 20. Frecuencia de depresión y ansiedad (PHQ-9) para el género femenino	63
Tabla 21. Frecuencia de satisfacción vital (LSQ) para el género femenino	64

Tabla 22. Frecuencia de estrés (PSS-14) para el género masculino	65
Tabla 23. Frecuencia de estilos de afrontamiento (AAQ-7) para el género masculino	66
Tabla 24. Frecuencia de consumo de alcohol AUDIT para el género masculino	67
Tabla 25. Frecuencia de personalidad tipo A para el género masculino	67
Tabla 26. Frecuencia de apoyo social (UCLA) para el género masculino	68
Tabla 27. Frecuencia de resiliencia BRS para el género masculino	69
Tabla 28. Frecuencia de consumo de sustancias (ASSIST) para el género masculino	70
Tabla 29. Porcentaje de consumo de sustancias (ASSIST) para el género masculino	70
Tabla 30. Frecuencia de depresión y ansiedad (PHQ-9) para el género masculino	71
Tabla 31. Frecuencia de satisfacción vital (LSQ) para el género masculino	72

ÍNDICE DE FIGURAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Figura 1. Género de los participantes	47
Figura 2. Edad de los participantes	47
Figura 3. Año de bachillerato	48
Figura 4. Batería con resultados estandarizados	49
Figura 5. Resultados de consumo de alcohol AUDIT	51
Figura 6. Batería con resultados estandarizados. Género femenino	57
Figura 7. Porcentajes de consumo de alcohol AUDIT. Género femenino	59
Figura 8. Batería con resultados estandarizados. Género masculino	65
Figura 9. Porcentajes de consumo de alcohol AUDIT. Género masculino.	67

RESUMEN

La investigación “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 17D09, circuito 17D09C03_04 del Ecuador, 2015”, tuvo el objetivo de analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y la salud mental en los estudiantes.

Para el estudio se utilizó el método descriptivo, estadístico y transversal, por medio de la técnica de la encuesta. La muestra fue de 38 estudiantes entre 14 y 17 años.

Se utilizó una batería de instrumentos psicológicos compuesta por variables sociodemográficas y escalas de medida: percepción de estrés PSS-14, inflexibilidad psicológica AAQ-7, tipo de personalidad A, sensación subjetiva de soledad UCLA, resiliencia BRS, consumo de sustancias AUDIT y ASSIST, ansiedad y depresión PHQ-9 y satisfacción vital LSQ.

Las variables de protección asociadas a la salud mental determinadas fueron: la percepción de estrés, el estilo de afrontamiento, resiliencia, consumo de sustancias y depresión y ansiedad. La personalidad tipo A y el apoyo social se definieron como variables de riesgo y la satisfacción vital, como variable neutral.

Palabras clave: salud mental, adolescentes, consumo de sustancias.

ABSTRACT

The research "Analysis of the psychosocial variables associated with mental health in students of first and second year of high school in the area 9 17D09 district, circuit 17D09C03_04 of Ecuador, 2015", aimed to analyze the distribution of psychosocial variables associated substance use and mental health in students.

For this study, the descriptive, statistical and cross method was used, through the survey technique. The sample consisted of 38 students aged 14 to 17 years.

The instrument used was a psychological battery which contained a questionnaire of sociodemographic variables and 9 measuring scales: "perceived stress PSS-14"; "psychological inflexibility AAQ-7", "type A personality", "subjective UCLA loneliness", "BRS resilience," "substance consumption AUDIT and ASSIST", "Anxiety and Depression PHQ-9" and "life satisfaction LSQ".

The variables identified as protective, associated with mental health were: perceived stress, psychological flexibility, resilience, substance consumption, and lack of symptoms of depression and anxiety. Type "A" personality, and social support were defined as risk variables, and life satisfaction, as a neutral variable.

Keywords: mental health, adolescents, substance consumption.

INTRODUCCIÓN

La salud mental de los adolescentes es un tema de consideración y preocupación a nivel mundial, especialmente en relación al consumo de alcohol y otras sustancias, así como de otros factores asociados. La amplitud del tema ha facilitado la realización de distintas investigaciones alrededor del mundo, sin embargo, los estudios en el Ecuador son aún escasos. Por ello, los esfuerzos de la Universidad Particular de Loja se han manifestado en diferentes estudios concernientes al tema de la salud mental en adolescentes, como se evidencia en la presente investigación.

Distintas variables psicosociales interactúan en la vida para determinar la salud mental de los seres humanos. No obstante, para el presente estudio se han seleccionado aquellas que se han considerado como las más relevantes: datos sociodemográficos, percepción de estrés, estilo de afrontamiento, tipo de personalidad, apoyo social, resiliencia, depresión y ansiedad, consumo de sustancias y percepción de la satisfacción vital.

El primer capítulo que corresponde al marco teórico describe las variables de salud mental seleccionadas, el consumo de drogas y el tema de los adolescentes en cuanto a definiciones y características, en base a investigación bibliográfica para luego finalizar con el aporte personal del investigador.

En el segundo capítulo se aborda la metodología aplicada que engloba a los objetivos, diseño de investigación, contexto, población, métodos, técnicas, procedimientos y recursos.

En el tercer capítulo se analizan los datos obtenidos a partir de las tablas y figuras producto de la estadística aplicada e incluye la discusión de los resultados en donde se corrobora información con bibliografía investigada. Adicionalmente se realiza una comparación de género y se determina a las variables como protectoras o de riesgo.

Se finaliza la investigación con las conclusiones y recomendaciones del estudio para la muestra en cuestión.

La importancia del estudio recae en que la adolescencia es un período de transición en donde ocurren profundos cambios a nivel biológico, social y psicológico. A nivel cognitivo, es una etapa en la que la toma de decisiones se torna conflictiva, influyendo considerablemente en el comportamiento que finalmente afecta sus propias vidas y las de quienes los rodean. Es por esta razón que en la presente investigación se hace un enfoque en los adolescentes como protagonistas.

A lo largo de la historia humana diferentes sustancias han sido consumidas con fines recreativos, religiosos, incluso médicos; empero, el abuso de las mismas ha llevado a muchos a la muerte y en otros casos, sin llegar tan lejos, han sido víctimas de trastornos que han deteriorado la funcionalidad de su diario vivir, los han alejado de sus seres queridos, han perdido sus trabajos o simplemente han permitido que la sustancia controle su existencia. Se justifica entonces que las familias e instituciones atiendan esta problemática considerando evaluar y determinar las causas de la misma, en sus propios contextos con el fin de prevenir y disminuir la prevalencia de casos de consumo de alcohol y drogas que empeora con su consumo temprano.

Dando respuesta al problema planteado se realizó el análisis de la distribución de variables asociadas a la salud mental de los estudiantes, a través de datos tomados por medio de la aplicación de una batería de instrumentos psicológicos, con la que se obtuvo una distribución gráfica de variables que permite describirlas y además compararlas en función del género para la muestra evaluada. De esta manera con un claro criterio de selección y el uso del método transversal, descriptivo y estadístico, se lograron elegir aquellas variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental, así como aquellas consideradas de riesgo o predictores del consumo problemático de sustancias, para finalmente informar a la institución educativa y dar cumplimiento a los objetivos del proyecto de investigación.

Se considera como oportunidad la apertura del establecimiento, una óptima coordinación y organización con el mismo; se logró completar la recolección de datos y conseguir los consentimientos de los representantes de los estudiantes. Adicionalmente, la UTPL brindó toda la asesoría técnica necesaria para el desarrollo de la presente tesis, con el aporte adicional del recurso humano que se requirió para completar este estudio.

Los resultados de la presente investigación beneficiarán al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada en la institución educativa. Asimismo, a partir de esta tesis se hace posible la realización de nuevas y más profundas investigaciones que devengan en la óptima salud mental de los adolescentes y futuros adultos y profesionales del Ecuador e incluso de la región.

Como limitación del estudio se evidencia que dada la naturaleza del colegio sus estudiantes son en su mayoría hombres, por lo que una muestra poco numerosa para las mujeres supone un restrictivo en la investigación, no obstante los resultados obtenidos corroboran con estudios realizados en otras instancias y contextos.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Salud mental

1.1.1 Definición de salud mental

La salud mental es un concepto definido desde distintas perspectivas y dado que no existe un consenso ante su significado, a continuación se exponen definiciones de varios autores.

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2007)

La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (OMS, 2015).

“La salud mental se puede entender como un proceso dinámico...donde las personas pueden mantener su salud mental con variaciones dependientes de diversas circunstancias.” (Valencia Collazos, 2007, pág. 78).

Se conceptualiza salud mental como una práctica transformadora y relacionada con una autoconciencia, su desarrollo implica un avance en el grado de autogestión y libertad... deberá manifestarse con indicadores positivos como la grupalidad, con una mayor participación de la persona en las decisiones del grupo; el uso del tiempo libre y la interacción con los demás; la creatividad, con un predominio del pensamiento divergente y las actividades simbólicas abstractas, la interacción social en la realización de dichas actividades y la conciencia social, con respuestas de tipo crítico referentes a problemáticas en general. (Rodríguez Rossi, 2005, pág. 110)

Desde la perspectiva de la OMS (2007) la salud mental no es la ausencia de enfermedad y está asociada a la sensación de bienestar, a la consciencia de los propios atributos, a la capacidad de afrontamiento de problemas, a la posibilidad de trabajar de forma provechosa y así, poder contribuir con las propias comunidades. Desde otra visión, como la de Valencia Collazos (2007), la salud mental se refiere a un estado no estático, en el que el ser humano depende de las circunstancias del entorno para afrontar cada situación adversa. Por su parte, el enfoque de Rodríguez Rossi (2005) engloba la salud mental desde una realidad social en donde la consciencia de la transformación se hace presente, para el logro de un proyecto individual y comunitario, este último conjuga con Valencia Collazos (2007) en el dinamismo de la salud mental, y con la OMS en la importancia de la contribución comunitaria y en el

hecho de que la ausencia de enfermedad no significa salud mental. Rodríguez Rossi (2005) enfoca su definición en indicadores positivos de salud mental asociados con las relaciones e interacciones humanas, es decir, dentro de la esfera social, entendiéndose que sin relaciones humanas el desarrollo de la óptima salud mental no sería posible.

De acuerdo a la investigación realizada concluyo que la salud mental no es una meta por alcanzar o una utopía, sino un proceso en constante transformación que depende de diversos, complejos y entrelazados factores ambientales, genéticos, físico – corporales, psicológicos y sociales, en donde el ser humano adquiere consciencia de su bienestar en los distintos ámbitos de su vida a través de cierto equilibrio entre ellos, y una sensación de satisfacción con su propio proyecto vital articulado en una red de relaciones interpersonales. Sin duda, nuestra condición de seres gregarios conforma una parte importante de nuestra salud mental, como se demuestra en la práctica profesional en psicología, en donde la socialización y la calidad de la misma son fundamentales en el crecimiento, el aprendizaje y en el desarrollo de factores psicológicos para una vida sana. Cabe recalcar que el componente social no solamente implica el relacionamiento mutuo, sino también la creación de vínculos emocionales y apegos que le dan un sentido a la existencia. Esta capacidad de crear lazos afectivos es también un pilar de la salud mental que influye en el estilo de afrontamiento y otros factores de protección al momento de encarar inconvenientes a lo largo de la existencia. Las situaciones difíciles de la vida pueden influir en la salud mental, sin embargo, el reto de mantenerla implica lograr un equilibrio entre la persona y su entorno que le permita desarrollarse en todos sus ámbitos.

1.1.2 Factores asociados a la salud mental

1.1.2.1 Personalidad

El presente estudio define a la personalidad en su connotación más general para luego delimitarla dentro la personalidad A, como factor de riesgo asociado a la salud mental y el consumo de sustancias estupefacientes en adolescentes, por ser efecto de la presente investigación.

“La personalidad es la referencia a aspectos relativamente estables de la conducta, cuya estabilidad es puesta de manifiesto incluso por las teorías de estímulo – respuesta, según las cuales la personalidad viene dada por los procesos de aprendizaje.” (Guadalupe, 2010, págs. 169-170).

Un enfoque activo es la concepción de la personalidad como proceso. De forma diferente al enfoque adoptado por los modelos estructurales de la personalidad, esta

concepción procesual permite insistir en la interacción de la persona con las variables ambientales y sociales que la rodean y que pueden tornarse saludables o no y actuar como moduladoras, que hagan al sujeto más vulnerable o más resistente a las situaciones de riesgo para la salud. Esta concepción activa, supone, que las personas responden de manera diferente ante unos mismos estresores o circunstancias adversas en sus vidas sin que necesariamente existan respuestas estereotipadas (Moreno – Jiménez, Garrosa Hernández, & Gálvez Herrer, 2005, págs. 57-76).

El patrón de conducta tipo A (PCTA), fue identificado por Rosemman y Friedman citados por Díaz Acosta y la definieron como “un conjunto particular de acción-emoción que tiene cualquier persona comprometida en una lucha crónica para lograr un número de cosas normalmente ilimitadas de su ambiente, en el menor tiempo posible, y/o contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente”. Las características principales que definen el PCTA son las siguientes: percepción de situaciones como amenazantes y competitivas, búsqueda activa de tales situaciones, gran afán por destacar siempre en todo lo que se lleva a cabo, realización (o intento de realización) de distintas tareas a la vez, con sensación de falta de tiempo y queja constante de ello y reacción agresiva y hostil ante las dificultades (Díaz Acosta, 2007, págs. 173-176).

Parafraseando a Matthews y Siegel (2013), la personalidad tipo A se caracteriza por comportamientos extremos de competitividad, impaciencia, ritmo acelerado, irritación con la lentitud de otros, cierta agresividad y hostilidad. La sociedad contemporánea alienta estos comportamientos ya que aparentemente ofrece recompensas y oportunidades a aquellos que se desarrollan más rápida y agresivamente. Sin embargo, no todos aquellos individuos que caen dentro del patrón A muestran todos los comportamientos que suponen las características de personalidad A. Exclusivamente para los adolescentes la personalidad A se demuestra con interrupciones, respuestas rápidas y discurso acelerado.

Para el presente estudio se ha tomado la definición según Guadalupe (2010), como pauta para la comprensión de que la personalidad implica cierta estabilidad de comportamiento y que ésta es en parte, también aprendida. Moreno – Jimenez y otros (2005) por su parte, discrepan del hecho de que la personalidad tenga que definirse a través de un concepto que implique respuestas estereotipadas a situaciones similares en la vida. Este propone en cambio, que la personalidad es un proceso de formación en donde las personas desarrollan la personalidad a través interacciones positivas o negativas, cosa que explica las respuestas distintas de los sujetos ante diferentes situaciones. Varios investigadores han intentado

encontrar la relación entre personalidad y diversos factores, así, en Díaz Acosta (2007) se enfoca el contexto de la personalidad A definiéndola y la relacionan con enfermedades del corazón. Por su parte Matthews y Siegel (2013) se enfocan en los rasgos más importantes de la personalidad A con una mirada hacia la sociedad actual quien la acentúa y recompensa. Adicionalmente esclarece que la personalidad A no es tan simple como un aspecto “presente” o “inexistente”, sino que se compone de características que los individuos pueden presentar en niveles, unas sí y otras no, así como unas más y otras menos. Estos detalles deben ser tomados en cuenta al evaluar si una persona cuenta o no con el patrón A y en qué grado, como para ser considerado un factor de riesgo real. La personalidad es un elemento complejo que involucra una cantidad innumerable de rasgos, y que a lo largo de la historia se la ha intentado relacionar con diferentes trastornos, enfermedades y propensiones.

De acuerdo al análisis realizado, concluyo que la personalidad es un proceso de desarrollo humano de rasgos, que definen una gama de posibilidades de respuestas comportamentales y conductuales y que con la madurez se tornan más o menos consistentes, determinando así la forma de ser. La personalidad como proceso, es variable, por lo que etiquetar a las personas dentro de un tipo de personalidad y automáticamente asociarlo a un trastorno resultaría injusto, reconociendo las infinitas capacidades humanas. Al hablar de personalidad se invaden ámbitos fisiológicos, conductuales, cognitivos, ambientales y genéticos, por lo que no sería fácil cambiarla o transformarla. La personalidad “A” que involucra en especial comportamientos en extremo acelerados, agresivos y competitivos no debe ser confundida con la presencia de cierto grado de estos rasgos en las personas y que en las circunstancias adecuadas pueden incluso resultar beneficiosos. De manera que la sociedad no premia el patrón de comportamiento A, sino que requiere cierto grado de los rasgos que la definen para alcanzar metas en el mundo globalizado y competitivo en el que vivimos. Dado que la personalidad, como definición, comprende más de un elemento, los estudios recientes no se enfocan ya tanto en ella para relacionarla con cualquier constructo por la complejidad que implica, sino que más bien, toman en cuenta rasgos específicos de la personalidad, como lo son por ejemplo la tolerancia a la frustración, el autocontrol, la ansiedad, etc. En consecuencia, no es posible modificar las personalidades para evitar factores de riesgo en adolescentes en cuanto al consumo de drogas y alcohol, pero sí es posible otorgar herramientas que brinden a los jóvenes la oportunidad de desenvolverse de manera óptima, especialmente en circunstancias adversas.

1.1.2.2 Estrés

El enfoque en el estrés, como variable psicosocial asociada a la salud mental de los adolescentes, es un tema que se toma en consideración desde todas sus perspectivas en

cuanto a su evolución como concepto. Por su amplio espectro de entendimiento, éste es luego analizado desde una perspectiva biopsicosocial que tendría relación causal con el consumo de alcohol y sustancias estupefacientes en los estudiantes de bachillerato, objeto de la presente investigación.

Román Collazo y Hernández Rodríguez, citando a Álvarez y haciendo un recuento histórico del estrés como concepto, expresan que:

El surgimiento del término estrés tiene su origen en el estudio de la física... debido al impacto de ésta sobre otras áreas del conocimiento, comienza la exportación a otras áreas como la medicina... Bernard llega a un concepto clave, "la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente". Según Cannon, el estrés era el resultado de disturbios en el mecanismo homeostático del individuo... A mediados del siglo XX comienza a reconocerse la implicación del estrés en la vida del ser humano como posible generador de enfermedades. De acuerdo a Seyle, se produce un giro radical en cuanto al enfoque empleado en el estudio del estrés, dirigiendo mayoritariamente las investigaciones al componente psicosocial... Lazarus incorpora elementos estructurales y funcionales en el concepto del estrés: la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento del individuo... A partir de este momento y hasta la actualidad se reduda en esta diversidad de conceptos. (Román Collazo & Hernández Rodríguez, 2011, págs. 3-5)

De acuerdo a Guadalupe (2010), existen varias definiciones de estrés: el estrés como respuesta en la teoría fisiológica, el estrés como estímulo a partir de la teoría de los sucesos vitales con acento en los estímulos ambientales, la definición de estrés con la teoría de la evaluación cognitiva, la concepción del distrés vs. eustrés y los modelos integradores multimodales que:

Reconocen la definición de estrés como transacción entre sujeto y ambiente, a la vez que otorgan la debida importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto en todos los niveles. (Guadalupe, 2010, págs. 223-224)

Un estudio realizado por Barra, Cerna, Kramm y Véliz, relacionado con el estrés y adolescentes concluyó que:

La ocurrencia y frecuencia de problemas de salud se relacionan claramente con el número de eventos estresantes, con el impacto de tales eventos, con el estrés

percibido y con el ánimo depresivo, variables que a su vez tienen una relación muy destacada entre sí... En comparación con los hombres, las mujeres adolescentes reportan mayores niveles de problemas de salud, de eventos estresantes, de estrés percibido y de ánimo depresivo (Barra A., Cerna C., Kramm M., & Véliz V., 2006, págs. 55-61).

Consiguientemente, un posterior estudio de Zumalde, relacionando el estrés y el consumo de sustancias en adolescentes, concluyó que "...Los resultados, tal y como se esperaban, mostraron que el número de estresores experimentado es un factor asociado al consumo de drogas en la adolescencia" (Calvete & Estévez, 2009, pág. 53).

El estrés es visto desde dos enfoques, como Román y Hernández (2011) determinan a través de su recuento histórico del estrés, uno desde la necesidad de actividad que requiere el cuerpo para reajustarse a sí mismo hacia el equilibrio, después de ser expuesto ante un estímulo placentero o negativo en la que el cuerpo se prepara para la acción. Esta es, en esencia, una función adaptativa, en donde la clave es la intensidad de la demanda que el cuerpo requiere para recuperar la homeostasis. El otro, desde una perspectiva social supone una evaluación cognitiva del sujeto que, además toma en cuenta la intensidad emocional con la que éste la percibe, así el cuerpo se prepara para una acción que nunca llega. Guadalupe (2010) por su lado, hace una compilación de las categorías en las que el estrés ha sido definido y concluye con su inclinación hacia los modelos multimodales que definen al estrés abarcando todas las esferas posibles. Estos enfoques nos brindan una luz, a saber que la capacidad de afrontamiento es un elemento que se puede aprender y desarrollar a través de herramientas que impulsen la función adaptativa del ser humano. En consecuencia, y como determinan Barra y otros (2006) en su estudio, a mayor acumulación de estresores que desborden la capacidad de regulación mental humana en adolescentes, más probabilidades de desarrollar enfermedades. Por ende, a mayor cantidad de estresores percibidos, existe mayor probabilidad de que se acuda a las drogas como vía de escape, tal como lo concluye el estudio en Calvete y Estévaz (2009). Los autores expresan la importancia que tiene el estrés en la salud y la relevancia de la percepción del estrés, el afrontamiento y manejo de las situaciones problemáticas de la vida diaria, que resultan en prevención al consumo problemático de drogas y alcohol.

Concluyo entonces, que el estrés es causa de enfermedades y consecuencia de experiencias que son percibidas como abrumadoras, y que carecen de una óptima administración psicológica. Es decir, el estrés se produce porque las estrategias de afrontamiento hacia situaciones problemáticas son inefectivas. Sin duda, las personas que cuentan con diferentes habilidades, motivación, compromisos, capacidades, aprendizaje, resiliencia y apoyo social a

la hora de afrontar los problemas, presentan una mejor calidad de vida, por lo que el aprendizaje del manejo de situaciones estresantes es primordial en la educación.

1.1.2.3 Apoyo social

El apoyo social empieza en la familia, continúa en las instituciones educativas y se extiende hasta la comunidad y sus organizaciones, y como un factor esencial en la salud mental, se lo analiza a continuación.

Parafraseando a Feldman y otros (2008), el apoyo social es de suma importancia en las transiciones de la vida, ayuda a sobreponerse a los problemas, aumenta la resiliencia humana, representa un auxilio en las crisis y encarna un sostén en las enfermedades. Este podría actuar como un potenciador en el logro de un desempeño satisfactorio de los estudiantes, con mayores probabilidades de éxito. Lo que importa no es solamente que el apoyo social esté presente, sino que la persona que lo recibe sea consciente de su existencia y sienta su presencia; donde evalúe qué tan importante es para él aquel apoyo recibido.

En un estudio de Gracia y Herrero acerca del apoyo social y sus implicaciones a nivel individual y comunitario exponen que "...Las personas que atraviesan por situaciones no deseables a menudo pueden mantener un nivel de ajuste psicológico adecuado si disponen de apoyo social... La percepción de apoyo comunitario está relacionada positivamente con el ajuste psicológico" (García & Herrero, 2006, págs. 327-342).

Martín, Sánchez y Sierra, citados por Barra expresan que:

El apoyo social cumple funciones diferentes, las cuales podrían agruparse en tres tipos: una función emocional, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; una función informativa, que involucra recibir consejo y orientación, y una función instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda en forma de servicios o recursos. Adicionalmente, Barra agrega que el apoyo social sirve como una fuente de protección (amortiguador) contra los efectos nocivos del estrés... dicho apoyo es un recurso útil que proporciona beneficios significativos aunque la persona no esté expuesta al estrés (Barra Almagiá, 2014, págs. 237-243).

Feldman y otros (2008), con el soporte de otros autores ha podido sintetizar el concepto de apoyo social y sus implicancias, se enfoca en los elementos preventivos que el mismo brinda, así como también en las bases de apoyo con las que cuenta el individuo y la percepción que tenga este de aquel apoyo social existente en su vida. García y Herrero (2006) se refiere al apoyo social como un medio para el logro del equilibrio psicológico y hace énfasis en la importancia del apoyo comunitario y al igual que resaltan Feldman y otros (2008), en la

percepción personal y colectiva de la presencia del apoyo social. Barra Almagiá (2014) por su parte resalta básicamente las formas de brindar apoyo social que pueden ser emocionales, informativas y en formas de servicios o recursos. Los tres autores concuerdan con la idea de que el apoyo social, sea a nivel familiar, individual, comunitario o de cualquier índole, brinda un espacio en el que el individuo puede encontrar un pilar sobre el cual equilibrarse emocional y físicamente y es un protector ante estresores.

Es por esta razón que el sentirse querido, valorado y estimado por otros es de gran importancia en la toma de decisiones durante todo el ciclo vital. Más aún lo es en la adolescencia, cuando por carencias emocionales se busca la manera de pertenecer a un grupo, en ocasiones bajo sometimiento y toma de decisiones erradas, cayendo en el uso y abuso de drogas y alcohol. A pesar de que la consciencia de su existencia es importante, no es imprescindible. El apoyo social es un elemento que puede ser percibido, recibido y/o estar presente, y puede ser proporcionado por la familia, la pareja, los amigos, conocidos, instituciones y toda red social, incluida aquella virtual en la que hoy en día los adolescentes buscan identidad. Este factor es un sostén de protección que permite al ser humano superar adversidades y es un compensador de faltantes en la vida. Sin importar si entre seres humanos el apoyo social es mutuo o no, su simple existencia previene suicidios y mejora la salud mental y física, por lo que ningún ser humano puede prescindir de ella.

1.1.2.4 Inflexibilidad psicológica

Con el fin de comprender la inflexibilidad psicológica, ésta se la define desde la perspectiva de la flexibilidad psicológica que permite un enfoque positivo para su definición posterior como factor de riesgo en la salud mental de los adolescentes.

La flexibilidad psicológica actúa como un factor interno de protección. Esta comprende una gran cantidad de habilidades humanas para reconocer y adaptarse a distintas situaciones demandantes, para transformar repertorios de comportamiento, cuando éstos comprometen el funcionamiento social o personal para mantener el balance, y para estar abierto, pendiente y comprometido con comportamientos congruentes con los valores más profundos del individuo. En muchas formas de psicopatología, los procesos de flexibilidad psicológica están ausentes. La flexibilidad psicológica es también el hecho de poder manejar y equilibrar las diferentes actividades y roles de la vida diaria. A pesar de que la ira ha sido catalogada como una emoción negativa, a veces ésta u otras emociones negativas resultan óptimas en ciertas situaciones. Enseñar a las personas este conocimiento de cuándo y cómo utilizar las emociones negativas, es en efecto direccionarlos hacia la flexibilidad psicológica (Kashdan, 2010).

Los estudios de Cheng y Cheung, citado en Bermúdez Moreno, Pérez-García, Ruiz Caballero, Sanjuán Suárez y Rueda Laffond (2012), muestran que los beneficios de la enseñanza de la flexibilidad psicológica son mayores comparados con cualquier configuración particular de estrategias de autorregulación. Estos autores definen a la flexibilidad psicológica como la capacidad de utilizar estrategias de afrontamiento, y ser capaces de valorar las diferencias en situaciones de estrés, logrando interpretar las distintas instancias de la vida desde diferentes puntos de vista.

En el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso ACT (Hayes, Stroschal , & Wilson, 2011), la flexibilidad psicológica se describe como el hecho de hacerse consciente de pensamientos y sentimientos negativos trayéndolos al presente y trabajando en ellos sin negarlos y superándolos. Sin descartar esta perspectiva, fácilmente se la puede asociar al concepto general de flexibilidad.

La flexibilidad psicológica es, por consiguiente, para Kashan (2010), un elemento protector, es la capacidad de utilizar los recursos psicológicos en el momento apropiado y saber equilibrar las actividades de la vida. Cheng y Cheung, citados en Bermudez (2012) agregan la importancia de la flexibilidad en la enseñanza como la estrategia más eficiente de afrontamiento y finalmente, Hayes y otros (2011), amplifican el concepto con el elemento de concienciación y la no negación de inconvenientes, sucesos o pensamientos negativos. Estas perspectivas, aunque enfocan elementos distintos de la flexibilidad psicológica, todos contribuyen a un entendimiento de que la inflexibilidad psicológica sería un factor de riesgo ante los estresores de la vida, que resultaría de no utilizar recursos psicológicos en el momento apropiado, mantener una vida desequilibrada y evitar la concienciación de inconvenientes en la vida.

De modo que, ser flexible psicológicamente, desde cualquier perspectiva conceptual, es positivo, implica vivir en servicio a los valores más profundos en vez de perseguir la felicidad utópica futura carente de problemas. Ser flexible significa ser capaz de adaptarse a distintas situaciones utilizando conscientemente las mejores herramientas y estrategias en el momento indicado, estar en homeostasis controlando emociones y manteniendo plena consciencia de nuestras vidas y decisiones. La inflexibilidad psicológica es entonces aquella resistencia a la transformación, al uso de distintas herramientas para diferentes situaciones conduciéndose estereotipadamente sin importar las circunstancias ni el contexto. Ser inflexible sería no ser capaz de ponerse en los pies de otros con el fin de tomar decisiones o simplemente actuar sin consciencia. Implica ciertamente una posición un tanto egocéntrica que aunque pueda ajustarse a ciertos valores personales, deja de lado aquellos valores sociales que permiten al ser humano vivir en comunidad. Para los adolescentes, la imposibilidad de encontrar, evaluar

y escoger distintas maneras de actuar frente a una situación, o varias estresantes, se convierte en un factor de riesgo al momento de enfrentar problemas que de no encontrar una salida, pueden alentar un oscuro y fantasioso escape a través de las drogas y el alcohol.

1.1.2.5 Compromiso vital

El compromiso vital se refiere al compromiso personal con la vida. A continuación se exponen algunos criterios que lo definen.

Según el diccionario de la Real Academia Española (2014), compromiso significa una “obligación contraída”, y vital es “perteneciente o relativo a la vida”, por lo que el compromiso vital sería una obligación contraída para con la vida.

A partir de la terapia de aceptación y compromiso, ACT de Hayes y otros (2011), se esclarece que el compromiso vital está fuertemente ligado a la aceptación y a los valores personales, a través de la flexibilidad psicológica, como modelo básico de funcionamiento humano. El compromiso vital involucra al autoconcepto como elemento primordial, en donde es necesario entender nuestra propia percepción primaria, por medio de los sentidos, donde es importante reconocer las diferencias de las distintas percepciones de los demás frente a un mismo estímulo. Además, el compromiso vital involucra la concienciación humana del presente y su experiencia, tomando en cuenta las distintas dimensiones de desenvolvimiento humano y siempre con una acción comprometida con los valores. De acuerdo a la ACT los problemas psicológicos están enredados en el lenguaje por lo que la terapia intenta flexibilizar a la persona para conectarse con emociones, pensamientos y sentimientos negativos. Esto para que, en lugar de seguir tratando de evitarlos, adquieran el compromiso de comprometerse con la acción requerida para aliviarlos y de alguna manera transformarlos para que sean aceptados y superados.

Greenhaus, citado en Jiménez y Moyano (2008), establece que el compromiso psicológico, junto con el tiempo y la satisfacción, es uno de los pilares para lograr el equilibrio entre los roles familiares y las responsabilidades laborales o académicas. Es importante que las personas sepan manejar sus dominios con el fin de mantener la homeostasis.

En los deportistas, la percepción del apoyo y comprensión de las familias determina en gran medida el compromiso vital de los jugadores adolescentes, como lo aseguran Almagro, Sáenz-López, González-Cutre y Moreno-Murcia (2011).

Por tanto, se deduce que el compromiso vital es el compromiso que el ser humano adquiere para con la propia vida. Como expresan Hayes y otros (2011), este se basa en el autoconcepto y la auto-aceptación, que van de la mano con los valores personales de los que el individuo

es consciente. Además incluye a la diferenciación de otros seres humanos que conlleva al reconocimiento de unicidad personal. Greenhaus, en Jiménez y Moyano (2008) por su parte, hace énfasis en el compromiso psicológico para el logro del equilibrio vital y finalmente, como en el deporte, como lo mencionan Almagro y otros (2011), igual que en la vida diaria, el compromiso vital requiere un soporte emocional familiar.

El compromiso vital es entonces de gran importancia para la superación de dificultades y, como los autores expresan, la vida adquiere sentido gracias a él, ya que impulsa a las personas a cumplir con objetivos y valores personales a lo largo de las experiencias de la vida. El compromiso vital se adquiere a través de muchos elementos, como por ejemplo para con el propio cuerpo o para con los valores éticos. Al estar comprometido con la propia vida, un ser humano la protege y la cuida en todos sus ámbitos, aquí por tanto entramos en el mundo del autoconcepto y el autoestima. El profundo autoconocimiento genera aceptación ya que al saber quiénes somos y porqué somos como somos, el comportamiento adquiere sentido, así mismo surge el amor propio que sería una herramienta básica de seguridad y cuidado personal del cuerpo y la salud mental. Es por ello que en edades críticas como la adolescencia, en donde la curiosidad y las nuevas emociones y sensaciones afloran, el compromiso vital alcanza aún más importancia al momento de tomar decisiones determinantes, en donde el compromiso vital actuará como un protector interno ante los riesgos de las drogas y el alcohol.

1.1.2.6 Resiliencia

El término resiliencia está siendo utilizado cada vez más en el ámbito psicológico, por lo que es analizado desde su epistemología hasta sus ámbitos más estudiados para llevarlos a un enfoque de factor de protección ante la salud mental.

La palabra resiliencia tiene su origen en el latín, “resilio” que significa “volver atrás”, así como un resorte, después de soportar una carga, vuelve a su estado y sigue cumpliendo su función. Así lo explica Emily Werner en un estudio longitudinal con 698 niños nacidos en la pobreza, en donde todos habían pasado privaciones y penas, muchos habían nacido en familias disfuncionales con violencia, peleas, alcoholismo, enfermedades mentales, una vida cargada de factores estresantes, sobrecarga en el trabajo, con exposición constante al peligro. Este arrojó resultados que mostraron que alrededor del 10% de los niños evolucionaron favorablemente desde su infancia hasta transformarse en adultos competentes, sin necesidad de ayuda terapéutica. A ese fenómeno Emily lo llamó “resiliencia humana”, haciendo un símil con lo que sucede con los metales que se contraen, se dilatan y vuelven a su estructura original. Se buscaron entonces las causas de esta resiliencia en los niños y aunque se indagó en la genética, Werner notó que todos estos niños tuvieron al menos una persona

incondicional en sus vidas. Al comparar con estudios alrededor del mundo determinó que la resiliencia no es innata y depende de la interacción de la persona con un otro significativo. (Flannery, 2009).

Bonanno, citado en Vera Poseck, Begoña y Vecina Jiménez (2006), recalca la importancia de diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación. Recuperarse implica una mejora gradual, en tanto que resiliencia significa mantener el equilibrio y continuar con las actividades y el desenvolvimiento normal, a pesar de los inconvenientes o sucesos incluso traumáticos. Aunque los factores que promueven la resiliencia no han sido ampliamente estudiados, los autores determinan que las personas que poseen mayor resiliencia resilientes afrontan las situaciones adversas con alegría, creatividad y optimismo.

Cyrulnik, citado en Madariaga (2014) por su lado expresa que la resiliencia parte de lo biológico y abarca ámbitos afectivos, psicológicos, culturales, sociales. Según este autor la resiliencia es un proceso de un nuevo desarrollo, tras la agonía psíquica; y cita también a Tougssignol, quien ha determinado factores que impiden la resiliencia, como el aislamiento, que implica la falta de sentido a la vida, junto con la vergüenza, que involucra al aislamiento emocional, actitud que entorpece el proceso resiliente. Otro factor que limita la resiliencia es la memoria asociada al aislamiento en donde, si no existe comunicación con otros, el suceso estresante no podrá ser visto de otra manera. Un factor adicional es la cultura y sus creencias, en donde las familias que por convicción o creencia, rechazan a sus miembros ya agredidos, destruyen el proceso de resiliencia causando un trauma mayor.

Por consiguiente, para Flannery (2009) la resiliencia depende del afecto incondicional de un ser querido. Para Cyrulnik en Madariaga (2014) por su parte y en concordancia con Flannery (2009), el secreto de aquellas personas resilientes está en la compañía, la comunicación y un entorno que la promueva. De acuerdo a Bonanno en Vera y otros (2006), la resiliencia se logra a través del pensamiento positivo y agrega un elemento que se destaca y es, que resiliencia no es lo mismo que recuperación. Resiliencia es la capacidad de mantener el equilibrio y continuar con la vida, no una mejora gradual como lo es recuperarse de una adversidad. De acuerdo a esta posición se recalca que al igual que resiliencia no es recuperarse poco a poco, tampoco lo es guardarse las emociones consideradas negativas como la tristeza o la ira sin mostrarlas en el comportamiento. Ser resiliente es tener la capacidad de comprender los acontecimientos difíciles de la existencia, tomar lo positivo de ellos, no volver a cometer los mismos errores, aprender de los mismos y saltar sobre ellos para continuar con una vida con más experiencia, y por ende, con mayor satisfacción.

Concluyo que las personas resilientes saben utilizar recursos internos y externos en distintas situaciones no deseadas en la vida. En general éstos sujetos hacen uso del autoconcepto, la identidad, integridad, la empatía, la comunicación, el pensamiento crítico, la seguridad y confianza, la simpatía y sociabilidad, el sentido del humor, la aceptación, la iniciativa, la autonomía e independencia, el optimismo, la compasión, la creatividad y la solución de problemas. A saber estos temas, es relevante brindar a los niños y jóvenes las herramientas para convertirlos en personas resilientes. La naturaleza humana demuestra que en una sociedad con valores forjados, en donde los niños nazcan en un espacio donde reciban cuidado, amor, protección, donde sean aceptados incondicionalmente y donde sus logros sean reconocidos, serían casi las condiciones suficientes para formar seres que superen adversidades y se mejoren a sí mismos después de haberlas sobrellevado. No se puede evitar que los adolescentes cometan errores, pero sí podemos evitar que caigan en profundos estados casi permanentes de inconformidad, apatía, tristeza y autovictimización que los lleven a situaciones de afectación de su existencia, como lo sería el consumo descontrolado de alcohol y/o drogas.

1.1.2.7 Ansiedad y depresión

La ansiedad y depresión son dos conceptos distintos y complejos y aunque por sus síntomas muchas veces se entrelazan, es importante aclarar sus diferencias y puntos clave.

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. La depresión puede afectar el desempeño diario de actividades y puede volverse crónica o recurrente e incluso conducir al suicidio...La depresión es una enfermedad... (OMS, 2015).

Según la APA (2014), la depresión tiene sus raíces en elementos de tipo social, psicológico y físico. Es importante prevenir la misma a través de programas en niños y adolescentes que les brinden estrategias de afrontamiento, ejercicio físico que eleve sus niveles de dopamina y trabajo conjunto con las familias.

El rasgo común de los trastornos depresivos es el ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que diferencia a los trastornos es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología... Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo...Con los

fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso (APA, 2014, pág. 155).

La ansiedad se produce como una consecuencia a las dificultades y falta de recursos internos al momento de adaptarnos a los cambios de la vida, en respuesta a amenazas. Sin embargo, la ansiedad es patológica cuando es desadaptativa, intensa y desproporcionada e interfiere con el funcionamiento cotidiano, disminuye el rendimiento, se acompaña de síntomas físicos, psicológicos y persiste más allá de los motivos que la han desencadenado o aparece sin motivo (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación automática necesarios para la defensa o fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada a la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (APA, 2014, pág. 189).

Alansari, citado en Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007), menciona que la ansiedad y la depresión muchas veces van de la mano. Estudios indican que la comorbilidad se detecta más entre adolescentes de tal manera que, hasta el 50% de los pacientes con depresión, muestran ansiedad. Se recalca incluso la dificultad de diferenciación de los síntomas de ansiedad y depresión en la práctica, por lo que tampoco es posible definir qué trastorno antecede al otro dado que existe una causalidad circular.

De acuerdo a los autores citados, el concepto de depresión se centra en una sensación de tristeza y apatía que afecta el desenvolvimiento normal de una persona. La ansiedad por su parte implica una sensación de miedo y angustia en respuesta a una posible amenaza y que igualmente afectan el desenvolvimiento de la vida diaria, a partir de conductas evitativas. La ansiedad y depresión son trastornos distintos y aunque con conceptos diferentes, y poseen síntomas similares como Alansari en Agudelo y otros (2007) destaca.

El manual diagnóstico de la APA (2014) y la OMS (2015) han logrado sintetizar a estos trastornos y clasificarlos bajo criterios claros y que explican sus características, causas y consecuencias. Sin embargo, no se debe confundir la ansiedad y depresión normales, por respuestas a situaciones difíciles en la vida, con los trastornos como tales. La ansiedad y depresión son respuestas consecuentes, producto de factores genéticos, bioquímicos,

situaciones estresantes, personalidad y/u otras enfermedades. Al esclarecer las definiciones de la ansiedad y depresión resulta fácil diferenciarlas, sin embargo en la práctica pueden confundirse ya que muchas veces aparecen juntas. La depresión y la ansiedad pueden dificultar el desenvolvimiento de los seres humanos e incluso llevarlos a la muerte. Este hecho llama la atención con respecto a la salud de los jóvenes y la necesidad de alejarlos de estos factores que los pueden conducir a conductas de riesgo en las que se acerquen excesivamente a las drogas y el alcohol. La aplicación de medidas a través de factores de prevención es primordial en todos los ámbitos de la salud mental y física.

1.1.2.8 Satisfacción vital

El reflejo general del estado y sensación de bienestar y complacencia con la vida propia se entiende como satisfacción vital. Es así como el presente estudio ha tomado este particular para determinar el sentir de los adolescentes participantes.

La satisfacción vital depende de distintos factores en la etapa de la adolescencia, siendo las más importantes: el autoconcepto, la percepción de salud, los sucesos pasados, los logros y sueños, la pertenencia social y familiar. Asimismo no depende de otros factores que se pudieran creer relevantes como el género. Una investigación de satisfacción vital con adolescentes revela que no hay diferencias significativas entre mujeres y hombres. En cambio, el mismo estudio corrobora que, en todas las dimensiones del autoconcepto físico, (excepto en la fuerza física), las adolescentes presentan mayor correlación con la satisfacción vital que los jóvenes. (Videra-García & Reigal-Garrido, 2013).

Taylor y Fox (2005) argumentan que los individuos con mayor nivel de autoconocimiento exteriorizan mayor satisfacción con sus vidas. Este sería ya un hecho, por lo que se comprende la importancia de que los adolescentes sean conscientes de sus vidas, de su historia, de sus cuerpos, de su identidad, de sus capacidades, sus potencialidades, de sus defectos y errores, de sus gustos y valores; elementos que generarían seguridad en ellos y por ende, mejoraría su autoestima protegiéndolos de los riesgos a los que los chicos están expuestos.

Un estudio de Reina, Oliva y Parra (2010), evidencia que la variable de satisfacción vital en adolescentes está relacionada con la aprobación del estilo parental, la autoestima con una dimensión de afecto - comunicación, la autoeficacia (capacidad de alcance de objetivos propios), el humor y la autonomía. El control psicológico o autocontrol es una variable que no tiene relación con la satisfacción vital. Los resultados demuestran además, que los hombres puntúan más alto que las mujeres en su percepción de satisfacción vital, aunque la diferencia no es significativa.

Los autores analizados demuestran y concuerdan en que la satisfacción vital no está relacionada significativamente ni con el género, ni con la edad, pero sí con variables asociadas a la familia y el autoconcepto. La satisfacción con la vida es entonces un elemento subjetivo de complacencia con varios factores de la existencia de un ser humano, estos factores relacionados a la satisfacción vital no son siempre los mismos para todos. Así, como revelan Videra-García y Reigal-Garrido (2013), para las adolescentes, el aspecto físico relacionado con la satisfacción vital, es un elemento mucho más importante que para los hombres en las mismas edades. Este resultado revela la enorme importancia que las chicas le dan al atractivo físico especialmente en esta etapa de la vida, cosa que podría ser una posible causa de insatisfacción que puede devenir en baja autoestima y por consiguiente volverlas vulnerables ante riesgos sociales como las drogas y el alcohol. La satisfacción vital se percibe en general como el estado de felicidad y que al implicar varios aspectos, pocas veces es percibida como total, es decir muy pocas personas se encuentran 100% satisfechas con sus vidas porque en la naturaleza humana están implícitos el desarrollo, la mejora, la novedad, la curiosidad y el cambio. Más aún en la adolescencia, cuando en el proceso de transición a la adultez, las personas experimentan numerosas emociones y sensaciones distintas.

La vida de los adolescentes está envuelta en mucha actividad, por lo que el sólo hecho de poder ser parte de estas actividades, eventos, deportes, etc. implica estar sanos y esto significa, en una buena parte, sentirse satisfechos con sus vidas. En general, el autoconcepto es una variable importante al momento de correlacionarlo con la percepción de la satisfacción vital, tanto en hombres como en mujeres.

1.2 Consumo de drogas

1.2.1 Consumo problemático de drogas

El consumo de drogas por parte de los jóvenes es una preocupación que aqueja a muchas sociedades, familias e individuos. Por ello es importante conocer cuándo, cómo y por qué éste se torna problemático, para lo cual se han tomado los siguientes argumentos de varios autores.

El ser humano produce drogas de manera natural, que aceleran o inhiben los procesos mentales, aliviando el dolor o incrementando la satisfacción. Las sustancias químicas que genera el cuerpo modelan parte de la personalidad junto con otros factores complementarios como el ambiente y la genética. Muchos individuos buscan acrecentar estas sensaciones con drogas externas. Las drogas pueden generar una dependencia que se basa en una relación conflictiva que el sujeto ha construido con la droga, en la que, la sustancia deja de ser un objeto de placer para pasar a ser un objeto de necesidad. La relación con la o las drogas puede tener su base en un sinnúmero de causales y devenir en consecuencias asociadas al sujeto y a su entorno en general (CONSEP, 2013).

De acuerdo a los datos de la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, realizada por el Observatorio Nacional de Drogas del Ecuador OND (2012), más del 20% de los estudiantes aseguraron consumir alcohol esporádicamente, más del 4% consume drogas también esporádicamente y el mismo porcentaje se determina para el consumo de cigarrillos. Los lugares favoritos de consumo son las fiestas o lugares de diversión, conciertos y casas.

En el Ecuador, la edad en la que los jóvenes en su mayoría incurren por primera vez en el consumo de drogas ilegales, es entre los 18 y 20 años de edad, pero el consumo de sustancias debe mirarse desde una perspectiva de regiones, ya que el consumo tiene particularidades: en algunas se relaciona con el esparcimiento, en otras con la afluencia turística, en otras se asocia a la violencia familiar y en los sectores urbanos está asociado al consumo de energizantes, fármacos y otras drogas. Adicionalmente, la Policía Nacional refiere que el consumo de alcohol está asociado a accidentes de tránsito, violencia y agresividad y éste aumenta en los días festivos. El abordaje al problema de las drogas debe hacerse entonces desde una reducción de la demanda, como de una reducción de la oferta en todos sus ámbitos. (CONSEP, 2013)

El consumo de drogas es visto hoy en día como un problema de salud, por lo que su consumo ha sido despenalizado en el Ecuador mediante una tabla que estipula las cantidades de tenencia máximas de estupefacientes para consumo personal, y es que, es importante

diferenciar entre el consumidor que presenta un problema de salud, y el narcotraficante. El Ecuador tiene su base legal acerca de las drogas en la Constitución, el Código Orgánico Integral Penal, la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas 108, el Reglamento de Control de Sustancias Sujetas a Fiscalización y Medicamentos que las Contengan, entre otras (CONSEP, 2015).

Además de las leyes que restringen la disponibilidad de sustancias ilícitas, tabaco y alcohol, las intervenciones para reducir la demanda son las que deben implementarse. Para que los adolescentes estén menos predispuestos a consumir sustancias, es eficaz informarlos de los peligros que ello entraña y capacitarlos para resistir a las presiones de los amigos y manejar el estrés de manera sana (OMS, 2015)

De acuerdo al DSM-5 (APA, 2014), para los trastornos relacionados por sustancias los criterios diagnósticos se basan en la cantidad y frecuencia del consumo, en control deficitario en donde existe una necesidad de consumo intensa y deseo persistente que impide pensar u ocuparse en otra cosa, esfuerzos fracasados de controlarla; el tiempo invertido en actividades para consumir o conseguir la droga, el consumo a pesar de saber que se sufre un problema, deterioro social e interpersonal, incumplimiento en ámbitos académicos, laborales o domésticos; consumo de riesgo físico; la tolerancia a la sustancia basada en cantidad, y la abstinencia que sucede cuando bajan las concentraciones de la droga en la sangre de un consumidor prolongado, causando efectos indeseados. Los trastornos por sustancias son la intoxicación, abstinencia y otros trastornos provocados por medicamentos. Las drogas no son todas iguales; tienen distintos precursores, efectos, consecuencias y causas de consumo. En general, tienen un origen distinto por el que han podido ser clasificadas, y aunque hoy en día existen muchas nuevas y modernas drogas, aquellas más comunes se clasifican de la siguiente manera:

El cannabis es indicado médicamente para efectos del dolor en general. Su potencia es variable, aunque en aquella incautada se ha evidenciado que constantemente aumenta. Esta droga se fuma, ingiere, o se vaporiza e inhala. En la última década la prevalencia del consumo ha aumentado en los adolescentes y aunque los hombres son mayores consumidores, ésta diferencia se aminora entre los jóvenes. El inicio de consumo es común en la adolescencia, parece ser mayor en aquellos con problemas de conducta (APA, 2014).

Los alucinógenos (fenciclidinas, ketamina, LSD, éxtasis y similares) fueron desarrollados como anestésicos en los 50s, y en los 60s fueron convertidas en drogas de uso recreativo. También se han utilizado como parte de prácticas religiosas y rituales. En América del Sur son bien conocidos el peyote, los hongos alucinógenos y la ayahuasca que pertenecen a este

grupo. Estas drogas alteran la percepción, la cognición y el estado de ánimo. Se fuman, ingieren, inhalan o inyectan y sus efectos pueden durar horas o semanas (APA, 2014).

Los inhalantes son hidrocarburos volátiles, es decir gases tóxicos de pegamentos, combustibles, pinturas, betún y encendedores. Estos afectan el sistema nervioso provocando efectos similares a los del alcohol, como son: el habla confusa, mareo, descoordinación, alucinaciones, delirios, severos dolores de cabeza, entre otros (APA, 2014).

Los opiáceos legales se suelen utilizar para afecciones médicas y para aliviar el dolor, aunque el abuso de ellos puede producir trastornos. Además forman parte de este grupo drogas ilegales como la heroína, o droga H. Estas drogas son altamente adictivas y debilitan el sistema inmunológico. El opio, la morfina y la heroína provienen de la resina de la planta de amapola y producen la sensación de volar, extroversión, comunicatividad y una efímera sensación de potencia sexual (APA, 2014).

Los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (benzodiacepinas, carbamatos, barbitúricos) como el alcohol, son depresores del sistema nervioso central. Su uso tiene inicio en la adolescencia al igual que otros trastornos por sustancias. Las mujeres parecen tener mayor riesgo de padecer este trastorno, siendo la única droga más consumida por el sexo femenino (APA, 2014).

Las sustancias sintéticas como las anfetaminas y estimulantes (anfetamina, dextroanfetamina y metanfetamina); y la cocaína y sus derivados, se ingieren, inyectan o inhalan. Medicamente algunos estimulantes se utilizan para tratar la obesidad, el déficit de atención/ hiperactividad o narcolepsia. Estas drogas producen una sensación de bienestar, confianza y euforia. El tabaco es un estimulante del sistema nervioso, es una droga legal cuyo trastorno se asocia básicamente al consumo diario y frecuente. Existen además otras sustancias que son utilizadas como drogas y que no se mencionan anteriormente, sin embargo sus criterios diagnósticos se asemejan al resto de trastornos por drogas (APA, 2014).

Los autores expresan una perspectiva global en tema de drogas. El CONSEP (2015) explica el efecto que producen las drogas en general, y la relación que forjan los sujetos con las sustancias. Adicionalmente ofrece una visión general de la legislación ecuatoriana relacionada al consumo de drogas. El OND (2012) por su parte, nos ofrece un acercamiento a datos de consumo de sustancias en el Ecuador. Gracias al DSM-5 (APA, 2014) se esclarecen los criterios diagnósticos para ser consideradas como trastornos, y ofrece en síntesis una clasificación y la información de cada una de las drogas, ya que a pesar de que todas tienen ciertas características similares, no funcionan de la misma manera y no producen los mismos efectos, ni las mismas consecuencias.

El consumo de drogas es un tema que se intenta abordar desde varias aristas. Es importante recalcar que este se puede categorizar y es necesario que se comprenda que no es lo mismo probar una droga que ser adicto a la misma. Es por esto que se consideran el tiempo de uso, la frecuencia del uso y la cantidad de droga utilizada para determinar la gravedad o trastorno. En el Ecuador ha habido progresos en el tema de las drogas a nivel legislativo, educativo y social. Sin duda, los esfuerzos no son suficientes y en la actualidad aún existen serios debates acerca de la legalidad en torno a ellas y los máximos permisibles de consumo, los recursos que se invierten, el tema de salud en los consumidores y la prevención, entre otros. Sin quitar importancia a ninguno de estos elementos, es transcendental realizar un enfoque en las causas y la prevención, que determine finalmente la libre decisión que no lleve al consumo problemático de sustancias, ya que en resumidas cuentas, son las personas quienes escogen consumir independientemente de la legalidad o ilegalidad de las mismas.

1.2.2 Consumo problemático del alcohol

El consumo de alcohol es una realidad legal y problemática que afecta a individuos y familias, por ello y para su entendimiento, los siguientes autores han establecido sus principales causas, consecuencias y hechos que a continuación se detallan.

El primer suceso de intoxicación por alcohol suele suceder en la mitad de la adolescencia, pero el inicio del trastorno, como tal, surge en la adolescencia tardía o al final de la treintena. En la mayoría de las culturas el alcohol es usado para desinhibirse y estar alegre, que en términos médicos significa lograr efectos de intoxicación, comúnmente es usado en reuniones sociales, lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad. Así 3.8% de todas las muertes son atribuibles al alcohol. Se calcula que 3.6% de la población mundial (entre 15 y 64 años) presenta un trastorno de alcohol. En cuanto a género, los hombres consumen más que las mujeres, sin embargo, éstas suelen mostrar niveles mayores de alcohol en la sangre ya que en general pesan menos, tienen más grasa, menos agua corporal y metabolizan el alcohol con más lentitud que los hombres. (APA, 2014)

Una investigación de Inglés (2007) determinó que existe una relación significativa con el consumo de alcohol y el psicoticismo, extraversión y la conducta antisocial, que representan factores de riesgo de la personalidad implicados en un posible consumo problemático de alcohol, sin dejar de lado las circunstancias ambientales que lo rodean. Las personas extrovertidas son seres sociales que buscan sensaciones nuevas y excitación y se aburren fácilmente. Las bajas dosis de alcohol excitan las vías neuronales dopaminérgicas, por lo que producen una sensación de recompensa y llevan al individuo a su consumo que puede volverse problemático.

Según la clasificación del DSM-5 (APA, 2014), los trastornos relacionados con el alcohol son: por consumo, intoxicación, abstinencia, otros trastornos inducidos y el trastorno relacionado con el alcohol no especificado. El trastorno por consumo de alcohol se basa en criterios diagnósticos sustentados en la frecuencia del consumo, la tolerancia al mismo, el tiempo dedicado en conseguirlo, consumirlo o recuperarse de sus efectos, las ansias de consumo, el incumplimiento de actividades, problemas provocados por sus efectos, riesgo físico, el consumo a pesar de saber que se sufre un problema por el alcohol, el síndrome de abstinencia, el período de tiempo y el control del entorno. Además, existen grados de gravedad en el consumo de alcohol de acuerdo a las características que se cumplan, su frecuencia y cantidad.

El consumo problemático de alcohol, siguiendo lo expuesto en el DSM 5 (APA, 2014), produce consecuencias como la abstinencia que ocasiona síntomas desagradables como alteraciones del sueño. El deseo intenso de consumo provoca además dificultad en el pensamiento. El rendimiento académico y laboral puede deteriorarse, el individuo puede descuidar responsabilidades y con frecuencia conlleva al ausentismo académico y laboral. La necesidad de alcohol puede desembocar en su uso en situaciones peligrosas como el manejo de un automóvil o manejo de maquinaria. Las relaciones interpersonales y la comunicación también se ven afectadas con un consumo descontrolado. Casi todos los sistemas orgánicos son afectados por la ingesta repetida de altas dosis de alcohol, en especial el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular, y los sistemas nerviosos central y periférico. Junto con el consumo de alcohol problemático suelen surgir el trastorno de conducta y el comportamiento antisocial persistente, el trastorno psicótico, bipolar, de ansiedad y de depresión. El consumo excesivo de alcohol además aumenta el riesgo de suicidio, accidentes y violencia. Signos que muestran las consecuencias de consumo grave son náuseas, gastritis, hepatomegalia, várices esofágicas, hemorroides, insomnio, disfunción eréctil, tamaño testicular reducido, reducción de testosterona, sequedad de la boca, irregularidades menstruales. Por consiguiente, el consumo problemático de alcohol puede ocasionar problemas físicos, psicológicos, sociales e interpersonales.

A nivel neurológico, el consumo excesivo de alcohol produce afectaciones en el cerebro como la disminución del volumen de la corteza prefrontal afectando funciones ejecutivas, reducción del tamaño del hipocampo y asimetría provocando problemas de memoria; reducción de la calidad de la sustancia blanca reduciendo los niveles de eficiencia en la toma de decisiones y procesamiento de información, así como fallos en el procesamiento espacial y reducción del flujo sanguíneo afectando la atención y el control ejecutivo (Tapert, 2007).

El alcohol, por ser una droga legal, de fácil acceso y culturalmente aceptada, ha sido ampliamente estudiado, en especial en cuanto a sus consecuencias y efectos, de los que existen incluso datos alarmantes como los expuestos. El DSM-5 (APA, 2014) define sus trastornos, síntomas y derivaciones, así como sus criterios diagnósticos. Las causas del consumo problemático de alcohol, sin embargo, siguen siendo estudiadas y analizadas. Así los autores mencionados en este texto expresan a través de sus estudios elementos a considerar como causas de consumo que son la accesibilidad, la extraversión, la presión social y la participación en reuniones sociales en donde existen actitudes positivas al consumo. El estudio de las causas psicosociales asociadas al consumo de alcohol no se limita a éstas y, mientras más elementos sean considerados, más fácil será aplicar medidas preventivas.

El alcohol no dejará de ser una droga legal y de hecho bastante apreciada socialmente. Por ello, es necesario encontrar los medios para prevenir el consumo problemático de alcohol a través de las posibles causas de consumo en los adolescentes e incluso determinar si probablemente sea necesario incurrir en medidas preventivas desde la pre-adolescencia, es decir antes de la primera intoxicación por alcohol. El alcohol es desafortunadamente una de las sustancias que más afectan el sistema nervioso central y por mala fortuna es además, un conductor hacia el consumo de otras drogas. En el mundo en el que los jóvenes se desenvuelven hoy en día, tienen libertad para decidir y están estimulados por una gran cantidad de elementos sociales que por distintas razones pueden llevarlos al consumo de alcohol. Una estrategia importante sería retardar la primera intoxicación por alcohol con el fin de tomar ventaja del tiempo para que tengan la suficiente información, estrategias de afrontamiento y al menos cierta estabilidad emocional que les permita decidir con quién, donde, cuándo, por qué y para qué probar con una primera experiencia de intoxicación con alcohol.

1.2.3 Causas del consumo de drogas

Las causas de consumo de drogas ocupan un amplio espectro que recorre un camino de causas directas e indirectas que los autores intentan delimitar como a continuación se evidencia.

Los sistemas de recompensa en el cerebro humano se activan en condiciones normales gracias a los comportamientos adaptativos que producen placer. Las drogas provocan una activación directa e intensa del sistema de recompensa cerebral produciendo sensaciones placenteras con facilidad y rapidez. Por ello, las personas con menores niveles de autocontrol y en búsqueda del rápido placer que brindan las drogas, poseen mayor riesgo de desarrollar trastornos por consumo de sustancias (APA, 2014).

El consumo de sustancias estupefacientes está asociado con causas que han sido determinadas en el DSM-5 (APA, 2014), y que son las siguientes:

Las causas del consumo de cannabis se relacionan con experimentación, escape de problemas, afrontamiento de emociones negativas y búsqueda de socialización. La intoxicación por cannabis no da lugar a una disfunción cognitiva o conductual, por lo que la percepción de menor nocividad hace que el consumo sea mayor. El inicio temprano de cannabis, (antes de los 15 años) está relacionado con problemas de conducta. Factores de riesgo son el trastorno antisocial de la personalidad y trastornos de externalización o internalización en la infancia o adolescencia, fracaso escolar, disponibilidad de la sustancia, problemas familiares y consumo de tabaco. Los factores hereditarios explican entre el 30 – 80% de riesgo del trastorno (APA, 2014).

Por su lado, los factores de riesgo para el consumo de alucinógenos en adolescentes se relacionan con el trastorno depresivo mayor y con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis (APA, 2014).

El uso de inhalantes está asociado a intentos previos de suicidio y al estado de ánimo bajo. Factores de riesgo son trastornos de conducta o de personalidad antisocial, consumo de otras drogas, traumas infantiles, y aquellos jóvenes desinhibidos en su comportamiento, lo que tiene una fuerte influencia genética (APA, 2014).

Los problemas que se asocian al uso de opiáceos se detectan mayormente en la adolescencia tardía y se asocian a divorcios, desempleo y el empleo irregular. Factores de riesgo son la impulsividad y la búsqueda de novedad, rasgos temperamentales que pueden influir en su consumo (APA, 2014).

Factores de riesgo para el consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos son la impulsividad y búsqueda de novedad, la disponibilidad de sustancias, prescripciones médicas anteriores por ansiedad o insomnio y variables individuales y familiares (APA, 2014).

Causas del consumo de estimulantes, anfetaminas y cocaína están relacionadas con el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno antisocial de personalidad, el temperamento impulsivo, la exposición prenatal, exposición a la violencia, entorno familiar inestable, el padecimiento de trastornos psiquiátricos y el relacionamiento con consumidores y/o distribuidores. Factores de riesgo del consumo de tabaco son rasgos de personalidad externalizantes, depresivos, y ansiosos (APA, 2014).

De acuerdo a un estudio de Gómez-Fraguela, Fernández Pérez, Romero Tríñanes y Luengo Martín (2008), dos de los factores más importantes de consumo son la disponibilidad y

facilidad de acceso al alcohol y drogas, junto con el porcentaje de participación en reuniones, fiestas o espacios para beber, festejar, charlar o pasar el tiempo con compañeros y amigos. Los estudiantes que más asisten a estos eventos presentan actitudes más positivas hacia el alcohol y las drogas, encontrándose más expuestos a la presión social. Otro elemento importante es la poca supervisión que conduce al consumo desmedido por parte de los jóvenes.

Los resultados de un estudio realizado en el Ecuador con jóvenes entre 10 y 18 años definió que según los participantes, motivadores del inicio de consumo de drogas fueron la carencia de apoyo familiar, ámbitos de violencia doméstica, dificultades económicas, soledad, desarticulación del hogar y excesiva responsabilidad delegada que los condujo a escenarios riesgosos. El entorno de los chicos fue otro de los elementos para el consumo que se mostró integrado por la influencia de amigos, promesas de enriquecimiento, curiosidad, alejamiento de la escuela. Un último factor alarmante revela que los jóvenes conseguían, con el consumo de drogas, la sensación de bienestar que buscaban, desconociendo las consecuencias en sus organismos e incluso sin importar qué tipo de droga usasen (Guillén, 2010).

De acuerdo a la APA (2014), la búsqueda de la repetición de sensaciones placenteras directas que producen las drogas es una primera causa orgánica de consumo, basada en el bajo autocontrol y la búsqueda de rápido placer. Adicionalmente en el DSM-5 (APA, 2014) se exhiben los factores de riesgo específicos para cada droga. Gómez y otros (2008) hacen énfasis en factores externos como causas de consumo como lo son la disponibilidad, facilidad de acceso a sustancias, participación de los jóvenes en reuniones sociales y poca supervisión. Por su parte, el estudio de Guillen (2010) presenta un contexto más ajustado a la realidad ecuatoriana, en donde el componente afectivo familiar, el respeto a los derechos, un entorno escolar sano y el conocimiento de las drogas, junto con sus causas y consecuencias serían factores de protección en virtud de la salud mental y física de los adolescentes del Ecuador.

El abordar las causas de consumo de drogas no es tarea fácil. Las causas pueden estar inmersas en todas las esferas de desenvolvimiento humano, social, psicológico y físico, o incluso pueden mezclarse entre ellas formando razones multicausales para el consumo. Lo expuesto, complica aún más el establecimiento de medidas preventivas para el consumo de sustancias. Sin embargo, es posible asociar ciertos factores causales con el consumo y otros factores protectores asociados a la salud mental para poder tomar decisiones y emprender programas que ayuden a la promoción de la salud mental. Existen además herramientas para el autocontrol, afrontamiento, manejo del estrés, solución de problemas, entre tantos que se puedan tratar en la educación para apoyar a los jóvenes con el fin de que no lleguen a sufrir trastornos relacionados con sustancias. No obstante, los esfuerzos deben ser integrales para

una verdadera prevención ya que si únicamente se interviene en un área, a través del resto se puede generar un desequilibrio que lleve igualmente al consumo problemático de drogas.

1.2.4 Consecuencias del consumo de drogas

Las consecuencias del consumo de drogas pueden ir desde leves hasta letales y en distintas áreas del desenvolvimiento humano por lo que a continuación los distintos autores detallan las más importantes.

El problema de las drogas es su abuso y falta de control, en donde los efectos han sido bastante estudiados, entre los más comunes: el tabaco es responsable de cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, manchas en piel y dientes, arrugas y disminuye las defensas. La marihuana puede producir daños respiratorios, altera el sistema cardio – respiratorio, incide en la depresión y la ansiedad, puede devenir en psicosis, disminuye las funciones cognitivas y el aprendizaje, causa irritabilidad, inquietud, problemas para dormir, entre otros. La cocaína afecta el funcionamiento cerebral, puede provocar paranoia, depresión, psicosis, esquizofrenia, impotencia, daña el sistema respiratorio, circulatorio, neurológico y gastrointestinal, entre otros. Las drogas de síntesis (éxtasis, GHB, ketamina, PCP, poppers) pueden provocar fallos renales, depresión, trastornos de ansiedad y del sueño, ataques de pánico, agresividad, alucinaciones, trastornos psicóticos, insomnio, accidentes cerebrovasculares y otros. Los ácidos por su lado pueden producir trastornos de ansiedad, depresivos y/o psicóticos (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007)

De conformidad con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 aunque los criterios diagnósticos para las drogas son similares, cada sustancia provoca consecuencias distintas. La intoxicación conlleva a alteraciones de percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, razonamiento, la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. La intoxicación puede persistir más tiempo que la sustancia en el cuerpo por los efectos en el sistema nervioso central. Es importante considerar como consecuencia el consumo de varias sustancias secuencial o simultáneamente, el ambiente controlado o no y otros trastornos preexistentes. La gravedad por consiguiente, se basa en el número de criterios que se cumplen (APA, 2014)

A pesar de los criterios generales, es importante el entendimiento de cada droga por separado ya que los efectos y consecuencias que cada una produce son definitorias, así el DSM-5 (APA, 2014) expresa:

El consumo problemático de cannabis puede afectar el funcionamiento conductual y cognitivo, interferir en el rendimiento laboral o académico y eleva el riesgo físico, puede producir tos

crónica y sedación excesiva. La abstinencia al cannabis, por su parte, produce irritabilidad, ira, agresividad, ansiedad, inquietud, dificultad para dormir, disminución del apetito y afectación de relaciones interpersonales. El cannabis puede provocar trastornos como el psicótico, de ansiedad, del sueño y delirium (APA, 2014).

Los alucinógenos en dosis bajas producen sensación de separación cuerpo – mente pero en altas dosis pueden provocar coma. Su uso crónico puede producir déficit en memoria, habla y cognición. Su uso, al lograr sus efectos o durante la intoxicación, puede causar convulsiones, hipo o hipertermia, hemorragia craneal, problemas respiratorios e incluso paro cardíaco (APA, 2014).

Los inhalantes pueden producir sarpullido en la zona perinasal, rabdomiólisis, patología cerebral de la sustancia blanca y muerte súbita. Además son causantes de problemas gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y pulmonares (APA, 2014).

El riesgo de suicidio aumenta con el consumo de opiáceos y heroína, así como la muerte accidental por sobredosis. Como consecuencias los opiáceos causan sequedad, desaceleración gastrointestinal, la agudeza visual es afectada, venas esclerosas, pueden provocar infecciones, aumentan el riesgo de VIH, tuberculosis, disfunciones sexuales, perforación del tabique al inhalar, síndrome de abstinencia grave. Otros trastornos inducidos por opiáceos son el depresivo, de ansiedad, del sueño, y neurocognitivos (APA, 2014).

El craving o ansias de consumo es una característica de trastornos por consumo de sedantes. La tolerancia y abstinencia son también comunes. Su abuso puede causar depresión respiratoria e hipotensión asociada a depresión grave que puede conllevar al suicidio. Estas sustancias desinhiben, disminuyen el pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. Las dosis altas pueden llevar a la muerte, en especial cuando se mezclan con alcohol (APA, 2014).

Las anfetaminas, cocaína y los estimulantes, al estimular el sistema nervioso pueden provocar abstinencia, disfunción sexual, dolor de cabeza, hipersomnia, aumento de apetito y ansiedad. El comportamiento agresivo es común, así como la ideación paranoide y los episodios psicóticos. La abstinencia en cambio, se asocia con síntomas depresivos. Pueden producir problemas nasales, respiratorios, afecciones dentales, pérdida de peso, dolor en el pecho, palpitaciones, accidente cerebrovascular, arritmia, convulsiones y hasta muerte súbita (APA, 2014).

Un estudio de Hughes, K., Bellis, M. A., Whelan, G., Far, A. C., Jerez, M. J. y Franzke, N. T. B. (2009), realizado en Mallorca e Ibiza, dos de los sitios en donde más drogas ilegales se consume por recreación en el mundo, demuestra que el consumo elevado de drogas y el

policonsumo se asoció a la violencia y a conductas sexuales de riesgo, afrontando riesgos de salud. Este estudio demuestra también que el éxtasis es la droga más consumida en estos sitios.

El Ministerio de Sanidad y Salud de España (2007) aclara que el problema de las drogas no es en sí mismo su consumo sino el abuso y el descontrol del mismo. Además explica las nefastas consecuencias que las drogas pueden causar. Luego, como expresa el DSM-5 (APA, 2014), las consecuencias del uso excesivo de drogas han sido delimitadas en general, dentro de los ámbitos de la salud física y mental, y de factores sociales e interpersonales; es decir, del ser y su entorno. Ambos autores desarrollan una gama de consecuencias que pueden provocar las drogas específicamente; sin embargo, el estudio de Hughes y otros (2009), muestra cómo al indagar más profundamente en factores específicos de estudio, es posible encontrar otras variables asociadas al consumo que, aunque pertenecerían al ámbito “interpersonal”, no dejan de sorprender en cuanto a sus resultados, resaltando los riesgos a los que los jóvenes están expuestos, como lo son las conductas sexuales de riesgo y la violencia; y donde las consecuencias indirectas de las drogas pueden ser incluso letales. Se señala además que una de las drogas más aceptadas socialmente por sus efectos durante la intoxicación es el éxtasis, sin embargo esta misma droga en dosis excesiva puede causar efectos indeseados. Uno de los problemas de las drogas sintéticas es que el usuario no tiene garantías de que la dosis del componente activo que busca es la que obtendrá en una pastilla, ya que estas, al ser manufacturadas ilegalmente, pueden tener dosis variables y quien consume no sabrá los efectos que tenga en su cuerpo, hasta que la use. De allí que los efectos no siempre son los mismos, pudiendo llevar a los consumidores a una sobredosis que producirá consecuencias en la salud mental y física.

Desafortunadamente las consecuencias de consumo problemático de drogas son difíciles de manejar, vienen acompañadas de distintos factores que no terminan de afectar únicamente al consumidor sino también a sus seres queridos y a veces incluso a quienes los rodean. En tema de prevención y desde el manejo integral, es importante abordar la información temprana que sola ya tendría efectos positivos. El conocimiento profundo de los efectos y consecuencias de las drogas puede provocar rechazo hacia ellas en muchos jóvenes. El tema de las drogas involucra a toda la sociedad, las instituciones, las familias y el gobierno por lo que el esfuerzo conjunto puede reducir considerablemente este grave problema social.

1.3 Adolescentes

1.3.1 Desarrollo biológico

Los adolescentes son el grupo meta de este estudio, por lo que el entendimiento de su desarrollo y de quienes son para efectos de la presente investigación se define a continuación a través de varios autores.

Los adolescentes, considerados por la OMS (2015) a los jóvenes entre 10 a 19 años son un grupo vulnerable a pesar de ser vistos como un grupo sano, ya que hay trastornos que empiezan en la adolescencia y ya que muchos de los chicos mueren de forma prematura por causas prevenibles relacionadas al consumo de sustancias.

Muñoz y Pozo definen a la adolescencia como:

El periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, donde tienen lugar importantes cambios físicos, funcionales, psicológicos y relacionales. Se caracteriza por la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la finalización del crecimiento somático, la adquisición de la capacidad reproductora y el logro de la talla final. (Muñoz Calvo & Pozo Román, 2011, pág. 507)

El desarrollo es un mecanismo en donde los genes provocan cambios biológicos ordenados en la pubertad y provienen del sistema nervioso central. A nivel endócrino, los órganos involucrados en liberar hormonas relacionadas con la pubertad son el hipotálamo y la hipófisis. Así, el aumento de la liberación de las hormonas incrementa en los varones el volumen testicular y la testosterona responsable del estirón en la pubertad, el aumento de la masa muscular, el desarrollo de los genitales, del crecimiento del vello y el pelo facial. La misma hormona, en la mujer, provoca el desarrollo de mamas, cambios en genitales y la distribución de la grasa corporal. El incremento de la hormona de crecimiento sucede en las niñas en la primera fase de la pubertad y en los varones sucede más tarde, lo que explica la diferencia del crecimiento en los sexos. Durante la pubertad ocurren además, cambios en la composición corporal a nivel óseo, muscular, de grasa y agua corporal. Se recalca la importancia de factores ambientales: nutricionales, horas de sueño, afectivos, entre otros, para una maduración normal (Muñoz Calvo & Pozo Román, 2011).

Los cambios, sin embargo, no sólo suceden a nivel endócrino, así, durante la adolescencia el cerebro se desarrolla constantemente. Uno de los procesos que resultan de interés es el perfeccionamiento sináptico, que resulta del desecho de aquellas conexiones innecesarias, (apoptosis), y el perfeccionamiento de aquellas que permanecen, que resulta en una reducción de la corteza y de la materia gris al final de la adolescencia. Otro evento importante

es la mielinización de los axones que permite un procesamiento más eficaz de información. Estos sucesos ocurren especialmente en los lóbulos frontales y en corteza prefrontal en las que ocurren el control de movimiento, la coordinación y movimientos oculares; funciones cognitivas, memoria de trabajo, planeación y organización; desarrollo y base del comportamiento, autocontrol y toma de decisiones (Tapert, 2007).

El desarrollo de la corteza cerebral humana tiene una maduración desde atrás hacia adelante, en donde el último lóbulo a desarrollar es el frontal que solamente alcanza su completo desarrollo hacia los 25 años. Este hecho muestra la dificultad de tener un juicio, autocontrol, percepción correcta de emociones, toma de decisiones, entre otras funciones, en la etapa de la adolescencia. Hacia alrededor de los 18 años, la corteza ha desarrollado solamente un 80%. A lo largo de la adolescencia el cerebro sufre cambios por las influencias hormonales y por las experiencias emocionales. En la zona donde se evalúan los riesgos, los adolescentes presentan una cantidad adicional de sinápsis sin conexión, que con el tiempo desaparecen mejorando el pensamiento racional; sin embargo, las estructuras encargadas de las emociones, como la amígdala, sí se muestran completamente desarrolladas. Los adolescentes adicionalmente cuentan con un cerebro con sinápsis alargadas, lo que les permite absorber gran cantidad de información y aprender más rápido, pero además los hace más sensibles a la presión externa, logrando irritarlos con más rapidez (Dahl, 2004).

Como expresa la OMS (2015), los adolescentes son vulnerables ya que cruzan por un período crítico en donde pueden comenzar mostrando comportamientos problemáticos y ya que el consumo de sustancias los puede llevar a la muerte. Tal y como los autores lo han descrito, la adolescencia es un período extremo de cambios, que suceden a nivel biológico y a través de procesos hormonales, como Muñoz y Pozo (2011) explican. Los chicos requieren además de ciertos factores como la nutrición necesaria para crecer sanamente. Tapert (2007) y Dahl (2004) se enfocan más en el desarrollo del cerebro adolescente, que produce diferentes efectos en el camino a la adultez.

Se entiende que el cerebro de los jóvenes no es un cerebro adulto pequeño, sino un cerebro que se encuentra aún en desarrollo. Muchos de aquellos cambios biológicos son evidentes, sin embargo el conocimiento de otros menos obvios, como los cerebrales expuestos, pueden resultar de gran ayuda al momento de comprender el comportamiento adolescente y sus necesidades, así como las formas de llegar a ellos. El proceso de transición, al que llamamos adolescencia, involucra una red de actores que se pueden agrupar en aquellos genéticos, y los ambientales que confluyen para un desarrollo óptimo. Cabe recalcar además que las transformaciones poseen una cronología que no coincide en todos los individuos, y que es más acelerado en las mujeres que en los hombres. El crecimiento involucra en la adolescencia

una cantidad de cambios que innegablemente producen efectos en el comportamiento, en el pensamiento y en la percepción de los chicos, que sin una guía y afecto necesario podría llevarlos a tomar decisiones erradas. El conocimiento del desarrollo biológico es importante no solamente para que los jóvenes se entiendan a sí mismos, sino para que las familias sepan manejar el comportamiento adolescente para lograr convertirse en un factor de protección y no en una razón más que los lleve a consumir drogas y alcohol.

1.3.2 Desarrollo social

El ambiente que influye al adolescente está compuesto por varios elementos en donde la esfera social es una de las más importantes, por lo que a continuación se exponen los argumentos de distintos autores en torno a este tema.

El desarrollo social de los adolescentes se enmarca dentro de factores que implican un contexto familiar, educativo, de amistades, otras instituciones y de comunicación a través de los medios existentes. Así, el factor social familiar involucra su estructura, dinámica, comunicación y disciplina, supervisión paterna y vinculación familiar. El factor educativo, escuela o colegio involucra al éxito o fracaso escolar, el autoconcepto académico, la vinculación con el centro y el clima escolar. Los compañeros y amigos con quienes se comunica y convive en un factor relevante, así como la publicidad y medios de comunicación que, con mayor agresividad llegan a sus mentes con información y libertad (Guadalupe, 2010).

Un estudio de López, Pérez, Ochoa y Ruiz (2008) con adolescentes, demostró la existencia de relaciones significativas entre el clima familiar y tres factores: la autoestima, los síntomas de depresión y la satisfacción vital de los jóvenes. El clima escolar también se destaca como importante para los jóvenes, aunque no en el grado que influye el clima familiar. La cohesión afectiva familiar influye considerablemente en los adolescentes, en donde también se consideraron la expresividad y el conflicto entre los miembros de la familia como relevantes.

Los jóvenes cuentan con acceso a internet y lo utilizan de distintas maneras. Morduchowicz, Marcon, Sylvestre y Ballestrini (2010), afirman que el principal uso que le dan a este servicio es el de comunicación, en un 90%, luego siguen la búsqueda de información, hacer tareas, actividades relacionadas con la música, videos y los juegos. Esto revela que los adolescentes hoy en día se relacionan en dos mundos paralelos, uno cara a cara y otro virtual. Las amistades están enmarcadas en estos dos contextos y el mundo social de los adolescentes es incomprendible sin el mundo de la tecnología. Estos procesos, en los que los chicos pueden expresarse, forja su identidad y con máxima libertad pueden ensayar quien quieren ser, a través del escudo de una pantalla. En las redes sociales y chats construyen una pertenencia en la que sienten el ser aceptados o rechazados y aprenden a convivir en un mundo virtual,

pueden expresar y compartir información de una forma que no lo harían cara a cara. En el contexto de la identidad y gracias a las libertades que internet proporciona surge la pregunta del cómo los ven los demás y juegan entre lo que son y lo que quieren ser para el resto. De esta manera el mundo virtual de los adolescentes y sus amigos responde y refleja claramente sus necesidades sociales.

En síntesis, Guadalupe (2010) enfatiza en la esfera social de los adolescentes enfocándose hacia factores familiares, educativos, de las amistades y de la comunicación. López y otros (2008) hacen un mayor énfasis en el ámbito familiar por ser la fuente principal de afecto en la adolescencia y finalmente, Morduchowicz y otros (2010) orientan la discusión hacia la comunicación en la que están inmersos los adolescentes y todo lo que ella implica. Sin duda, todos los ámbitos mencionados por los autores son de relevancia en el desarrollo y de hecho funcionan simultáneamente y en una red junto con un ambiente interno y externo cargado de elementos que los hacen tomar decisiones y finalmente, comportarse de una u otra manera.

El desarrollo social de los adolescentes no es un proceso lineal estricto, sin duda, éste empieza en un contexto familiar lleno de elementos que brindan, no sólo herramientas para las interrelaciones, sino también elementos psicológicos que conjuntamente los empujarán hacia la madurez. Los pares y la influencia que ejercen en los jóvenes son elementos básicos en la vida de los estudiantes, así como también el clima en la escuela y su situación general en ella. En el contexto escolar y junto con sus pares, los adolescentes son extremadamente influenciados por las “pantallas”, que se entienden como todos los artefactos tecnológicos que forman parte de sus vidas como son las computadoras, teléfonos, videojuegos, televisión. Todos éstos juegan un papel muy importante en su vida y en su desempeño social. La vida social de los adolescentes se desarrolla en una dimensión corporal y otra virtual en el mundo tecnológico actual, de las que son capaces de saltar, de la una a la otra, sin esfuerzo alguno. El mundo tras las pantallas, sin embargo, aunque les permite ser completamente honestos y compartir todo en su vida, también les permite mentir y probar ser lo que son, lo que quieren ser o lo que quieren otros que ellos sean, construyendo así su identidad en un espacio libre. Como en el desarrollo biológico, el desarrollo social es una red de influencias, aunque más difíciles de delimitar por el complejo entorno ambiental que afecta a un ser humano. Sin embargo, la familia representa el primer contexto en el que se forjan las habilidades sociales, especialmente a través de un cúmulo de experiencias hogareñas y que sin duda representan, un factor de protección frente al consumo problemático de drogas y alcohol.

1.3.3 Desarrollo psicológico

Para efecto de la presente investigación, el entendimiento del desarrollo psicológico de los adolescentes es primordial, por lo que distintos autores expresan a continuación sus distintos criterios.

La madurez psicológica se logra cuando la personalidad está consolidada y cuando el individuo es capaz de un funcionamiento independiente y efectivo. Durante la adolescencia, la búsqueda de identidad se torna necesaria, se prueba el autocontrol y para ello los pares sirven de ayuda, el pensamiento abstracto y el razonamiento científico se desarrollan y el egocentrismo persiste en algunos comportamientos. El desarrollo psicológico en la adolescencia conlleva áreas problemáticas que se relacionan con la búsqueda de equilibrio en distintos aspectos. Los adolescentes afianzan sus apegos con otras personas, desarrollan necesidades de dependencia, independencia y autonomía. Producto de los cambios que se suscitan en sus cuerpos, ocurre la experimentación de ansiedad, momentos de inseguridad e indagación de estabilidad emocional. Aquellos con decisión para emprender cosas y enfrentar dificultades logran mantener el equilibrio, caso contrario, expresan agresividad incontrolada o en algunos casos agresión pasiva. Otro elemento problemático es la conciencia moral fruto de una decisión libre que valora más los efectos benéficos que los riesgos de sus actos y en donde los sentimientos de culpa pueden ser difíciles de manejar. Finalmente, los motivos, aspiraciones y motivación de logro son otros elementos que, al no ser satisfechos, pueden causar confusión o generalizaciones negativas y dificultad para establecer relaciones causa-efecto controlables en un suceso específico (Bermeasolo Beltrán, 2010)

El desarrollo psicológico de los adolescentes se enmarca en un contexto que se agrupa en categorías que involucran sus creencias, expectativas y actitudes con respecto a sus actos y decisiones. Las habilidades de afrontamiento y autocontrol incluyen la resolución de problemas, manejo de ansiedad, control de la ira, autocontrol, resolución de conflictos y establecimiento de metas. Otro factor psicológico son las habilidades sociales que involucran habilidades de comunicación, aserción, agrado a otros, búsqueda de apoyo, capacidad de rechazo. Adicionalmente, las variables personales que involucran autoeficacia, autoestima, autoconcepto, asunciones de riesgo, impulsividad, ajuste psicológico, estados de estrés y oportunidades vitales percibidas (Guadalupe, 2010).

Brooks-Gunn y Paikoff, Unger y Crawford, Gross, Ruble, Stein y Reisser expresan que los adolescentes notan los cambios que ocurren en su cuerpo y algunos de ellos influyen en su desarrollo psicológico. El aspecto físico inquieta a los adolescentes considerablemente más que a los adultos y niños. En general, a las mujeres les preocupa más y tienden a estar menos satisfechas con su aspecto. A los varones en cambio, solo les inquieta en los primeros años

de la adolescencia. De la misma manera, Dick y otros, Ge, Conger y Elder, Stice, Presnell y Bearman explican que la maduración temprana produce efectos psicológicos distintos en ambos sexos. Los varones tienden a ser más independientes y seguros de sí mismos y son más populares, mientras que las mujeres a menudo son inseguras, menos populares, tienden a deprimirse, presentan problemas de conducta y suelen fumar e ingerir licor. Steinberg, Buchanan, Eccles y Becker, manifiestan que aunque se cree que los adolescentes son personas de ánimo inestable gracias al cambio hormonal relacionado con la pubertad, la evidencia indica que los adolescentes son más temperamentales dependiendo de las actividades que realicen y de la situación social que atraviesan en un momento puntual (Kail & Cavanaugh, 2008).

Los autores realizan una síntesis de aquellos procesos psicológicos que se desarrollan en la adolescencia. Bermeasolo (2010) se refiere a la búsqueda de identidad, el autocontrol, el desarrollo del pensamiento abstracto. Además enfoca la atención en áreas problemáticas durante esta etapa de la vida en cuanto al manejo de la moral y la culpa, la motivación, los apegos, la seguridad e inseguridad y la búsqueda de la estabilidad psicológica. Según Guadalupe (2010), al igual que Bermeasolo (2010) el autocontrol es un elemento primordial en la vida adolescente y adicionalmente menciona la necesidad de contar con habilidades de afrontamiento, sociales y personales. Finalmente Kail y Cavanaugh (2008) muestran argumentos específicos en cuanto a la influencia psicológica de los cambios físicos en los adolescentes y adiciona un elemento importante que son sus necesidades sociales y la relación con el estado de ánimo variable que suelen presentar en su desenvolvimiento y conducta diaria.

La madurez, por lo tanto, es un hecho también psicológico, enmarcado en una red de factores biológicos y sociales, en donde todos los cambios producen efectos psicológicos que alteran el comportamiento y las decisiones de los adolescentes. Estos experimentan una variedad de emociones de las que se deben encargar y para ello necesitan contar con herramientas de afrontamiento. Sin un completo control racional de emociones, y sin la total capacidad de evaluar los riesgos, los jóvenes son más sensibles al comportamiento arriesgado, impulsivo y a la presión social. Es así que se indaga la importancia de los factores psicosociales que más se encuentran asociados a la salud mental de los jóvenes, en busca de posibles líneas de acción, que los protejan frente a los riesgos de las drogas y el alcohol u otros contextos amenazantes.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

2.1 Objetivos:

2.1.1. General

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.

2.1.2. Específicos

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental en los estudiantes de 1ro y 2do año de bachillerato de la zona de 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias en los estudiantes de 1ro y 2do año de bachillerato de la zona 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.
- Elaborar un informe de resultados para el establecimiento de la zona 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las variables asociadas a la salud mental en los estudiantes de 1ro y 2do año de bachillerato de la zona de 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09?
- ¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias en los estudiantes de 1ro y 2do año de bachillerato de la zona de 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09?
- ¿Cuántos estudiantes se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias en los estudiantes de 1ro y 2do año de bachillerato de la zona de 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09?
- ¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona de 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09?

2.3. Diseño de investigación

En la presente investigación se utilizó el tipo de investigación descriptiva porque consiste en identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes además conocer las situaciones predominantes a través del análisis de la distribución del estrés psicológico percibido y variables mediadoras de su impacto sobre el consumo de sustancias y de salud mental: apoyo social, personalidad, estilos de afrontamiento y resiliencia, además de indicadores de criterios de salud mental: niveles de

ansiedad y depresión, consumo de sustancias y satisfacción vital en la comunidad de los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato en la zona de Pichincha, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.

2.4. Contexto

La historia de la institución educativa en donde se realizó la presente investigación, se remonta a su creación el 20 de septiembre del año 1985, mediante acuerdo ministerial No.10115, siendo presidente de la República el Ing. León Febres Cordero y Ministro de Educación el Dr. Camilo Gallegos. El Econ. Jorge Marcelo Barba Villacís fue el mentor y Rector Fundador del plantel, quien creó un modelo educativo centrado en el desarrollo de la zona, estableciendo la Especialización Técnica de Agropecuaria y Agroindustria de Alimentos en su plan educativo. En el año lectivo 2002-2003, bajo la dirección de la Mcs. Gladys Hidalgo, Rectora del Colegio, se incursiona en el Bachillerato Técnico Industrial y se implantan las especialidades técnicas de Mecanizado y Construcciones Metálicas. Más tarde en el año 2006, mediante acuerdo ministerial No.14-73, el 31 de julio se resuelve el incremento de otra especialización, la Mecánica Automotriz. El bachillerato permite a los estudiantes de bajos recursos económicos, que en su mayoría no pueden optar por una carrera universitaria, una oportunidad de insertarse en el campo laboral una vez graduados. La rectora actual de la institución es la Lic. Mónica Barba y el colegio cuenta al momento aproximadamente con 600 estudiantes.

La institución educativa tiene un sistema de régimen sierra; de acuerdo a las características es de tipo fiscal, mixto y actualmente está supervisada directamente por el Ministerio de Educación del Ecuador. La institución se encuentra localizada en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha. Su ubicación geográfica es al noreste de la ciudad capital, en la zona 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.

La Visión del establecimiento expresa que ...”hasta el año 2019 consolidará su estructura física y su implementación técnica, para convertirnos en líderes de la educación en las especializaciones Mecanizado y Construcciones Metálicas, y Electromecánica Automotriz, acorde a las exigencias tecnológicas, pedagógicas y didácticas, capaces de formar profesionales con valores humanos, emprendedores aptos para cumplir con su proyecto de vida”.

La Misión del plantel enuncia que “El colegio tiene como misión, impartir una formación integral acorde al desarrollo tecnológico, mejorando la calidad de los bachilleres técnicos, capaces de

enfrentar la vida profesional y personal con valores morales, humanos y científicos, para resolver con eficacia los problemas cotidianos”.

Mediante el modelo pedagógico constructivista, el colegio oferta una formación técnica a través de las figuras profesionales de mecanizado y construcciones metálicas; y electromecánica automotriz. De acuerdo a este modelo, la práctica de la enseñanza-aprendizaje está orientada principalmente al descubrimiento de nuevos conocimientos a partir de una instrucción teórica-práctica que permita a los bachilleres una formación técnica y brinde a los jóvenes la oportunidad de desenvolverse en el ámbito laboral.

La población de estudiantes se divide en: educación inicial, primaria y bachillerato.

La investigación actual se desarrolló en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la institución perteneciente a la zona 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.

2.5. Población

La selección de la población y muestra, se obtuvieron mediante el muestreo causal o accidental, no experimental.

La población objeto de estudio fueron los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de entre 14 y 17 años que cursaron durante el año lectivo 2015 establecimientos educativos mixtos, diurnos, privados, fiscales y fiscomisionales del Ecuador.

La muestra objeto de investigación fueron 38 estudiantes del colegio, distribuidos en:

- 22 estudiantes de primero y,
- 16 estudiantes de segundo año de bachillerato.

Los estudiantes investigados contaron con las siguientes características:

1. Pertenecer a establecimientos educativos mixtos,
2. Tener una edad comprendida entre 14 a 17 años,
3. Pertenecer a la sección diurna

2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.6.1. Métodos:

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

2.6.1.1. El método descriptivo, que permite explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.

2.6.1.2. El método estadístico, facilita organizar la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.

2.6.1.3. El método transversal, debido a que se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

2.6.2 Técnicas:

2.6.2.1. Batería de Instrumentos Psicológicos

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta, que permitió recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio, a través de un cuestionario que agrupó varias pruebas psicométricas, las mismas que se detallan a continuación:

1. Cuestionario de variables psicosociales.
2. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14).
3. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7).
4. Type A Behavior Scale (personalidad tipo A).
5. Un cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short.
6. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS).
7. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).
8. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).
9. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4).
10. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ).

La batería está compuesta por 10 instrumentos. A continuación la descripción de cada una de las escalas psicométricas seleccionadas:

Las variables y escalas de medida de evaluación utilizadas en el estudio fueron un cuestionario para determinar variables sociodemográficas como sexo, edad, lugar de

residencia, etc.; un cuestionario de estrés psicológico: “Perceived Stress Scale” (PSS-14); cuatro cuestionarios para variables mediadoras: estilo de afrontamiento “Avoidance and Action Questionnaire” (AAQ-7), tipo de personalidad “Type A Behavior Scale”, apoyo social “UCLA Loneliness Scale Revised”, resiliencia “Brief Resilience Scale” (BRS). Adicionalmente se aplicaron cuatro cuestionarios indicadores de criterio de salud: consumo de sustancias mediante las pruebas de detección de consumo de alcohol tabaco y sustancias “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT-C) y “The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test” (ASSIST), ansiedad y depresión “Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety” (PHQ-9) y satisfacción vital “Life Satisfaction Question” (LSQ).

El cuestionario sociodemográfico consideró variables psicosociales y de salud.

El cuestionario “Perceived Stress Scale” (PSS-14) Evalúa la percepción de estrés actual, el grado en el que las situaciones de la vida de la persona son consideradas como estresantes, es decir, cómo valoran sus vidas en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga.

El cuestionario “Avoidance and Action Questionnaire” (AAQ-7) evalúa la evitación experiencial o, por el contrario flexibilidad psicológica, ambos son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.

El cuestionario de personalidad “Type A Behavior Scale” 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 tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, y que se han encontrado asociadas con problemas de salud, incluyendo trastornos cardiovasculares y muerte prematura.

El cuestionario “UCLA Loneliness Scale Revised-Short” evalúa la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.

El cuestionario “Brief Resilience Scale” (BRS) evalúa la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés, además proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés u situaciones adversas.

El cuestionario “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT-C) (Self-report version) identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y un apoyo en la evaluación

breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo prejudicial.

El cuestionario “The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test” (ASSIST) evalúa el consumo de sustancias en los últimos tres meses.

El “Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety” (PHQ-9) evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas 2 semanas.

La pregunta “Satisfaction Life Question” (LSQ) responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos.

2.6.2.2. Técnicas de investigación bibliográfica

Se empleó la técnica de investigación a través de la bibliografía para la recolección, comparación, análisis, conclusiones y recomendaciones, y de esa manera identificar los aportes teóricos, conceptuales y experimentales útiles para la presente investigación.

2.7 Procedimiento

Para realizar la presente investigación se inició con la capacitación presencial sobre la misma, en donde se obtuvo información acerca del tema, preguntas de investigación, objetivos, métodos, técnicas, proceso de selección de la muestra, investigación de campo tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Luego se procedió a desarrollar el marco teórico que nos permitió tener una fundamentación teórica de las variables estudiadas: salud mental, estrés psicológico, apoyo social, personalidad tipo A, inflexibilidad psicológica, resiliencia, consumo problemático de alcohol, consumo problemático de otras drogas, ansiedad y depresión, compromiso vital y satisfacción vital; además del desarrollo biológico, social y psicológico de los adolescentes. Adicionalmente se realizó un cronograma de actividades con el que se logró el desarrollo de la presente investigación en su totalidad.

Asimismo se procedió a identificar un establecimiento educativo que cumpla con las características necesarias para la aplicación del estudio. Mediante un proceso de socialización con las autoridades, se expuso la problemática planteada, así como la importancia de esta investigación, sus objetivos y cuáles son las ventajas de participar en el proyecto. Adicionalmente se indicó cuáles serán los instrumentos a utilizar, y el tiempo necesario para su aplicación.

Una vez obtenida la autorización de la institución educativa, se acordó una visita el mismo día de entrega de calificaciones con el fin de aprovechar la presencia de los representantes de los estudiantes. Se realizaron reuniones con los padres de familia para explicarles el objetivo y proceso de la investigación, donde posteriormente se obtuvo los respectivos consentimientos informados con el fin de aplicar la batería de instrumentos a los estudiantes de quienes se consiguió la aprobación. De esta manera, cada participante recibió una carta de asentimiento informado, la cual les permitió decidir si deseaba o no colaborar con esta investigación.

Una vez clasificada la información obtenida, se procedió a codificar las baterías para su respectiva aplicación. Los estudiantes recibieron la información precisa acerca de esta investigación con la respectiva aclaración de dudas. Se proporcionaron las indicaciones generales sobre la forma en que debieron 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. Finalmente se aplicó la batería de instrumentos a los estudiantes para su posterior ingreso de datos en una matriz que permitió el análisis de datos del presente estudio.

Una vez realizado el análisis de datos se elaboró el informe de resultados para el centro educativo.

Continuando con el proceso del trabajo de titulación se procedió a la elaboración de los apartados metodología, análisis de datos, discusión, conclusiones y recomendaciones.

2.8. Recursos

En el presente estudio se utilizaron los siguientes recursos:

Talento Humano

- Directora del proyecto
- Tutora del proyecto
- Tesista
- Rectora del establecimiento
- 38 estudiantes participantes y sus representantes legales

Recursos materiales y económicos

Tabla 1. Recursos materiales y económicos

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Asesoría Seminario de titulación	US\$767.21	US\$767.21
2	Transporte a seminario	US\$200.00	US\$200.00
3	Noches hospedaje	US\$120.00	US\$120.00
3	Alimentación	US\$20.00	US\$60.00
	Movilización varias		US\$60.00
250	Copias de instrumentos	US\$0.05	US\$12.50
40	Esferográficos	US\$0.40	US\$16.00
1	Resma de papel bond	US\$5.00	US\$5.00
5	Anillados	US\$3.00	US\$15.00
1	Computadora con acceso a internet		
1	Impresora		
3	Tinta para impresora	US\$28.00	US\$84.00
1	CD en blanco	US\$0.50	US\$0.50
1	Imprevistos	US\$50.00	US\$50.00
		TOTAL	US\$1,380.21

Recursos Institucionales

Universidad Técnica Particular de Loja

Unidad Educativa objeto de estudio ubicada en la zona 9, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09.

CAPÍTULO III
ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 Datos psicosociales

En la presente investigación participaron 38 adolescentes, de quienes se obtuvo información sociodemográfica a través de un cuestionario, en el que se proporcionaron datos de identificación del participante, como: sexo, edad y año de bachillerato.

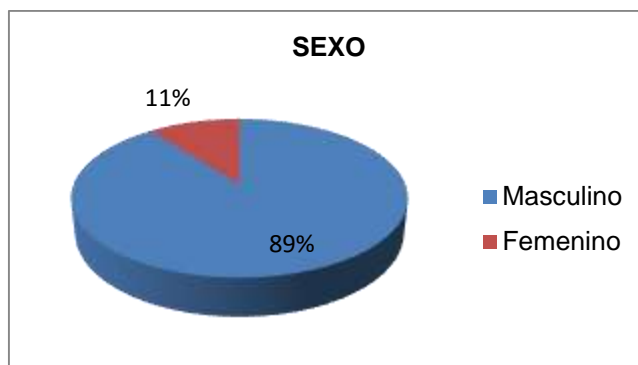


Figura 1. Sexo

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

En la figura 1 se puede apreciar que del total de la muestra investigada, en relación a la variable género, el 89% pertenecía al género masculino y el 11 % restante correspondió al género femenino.

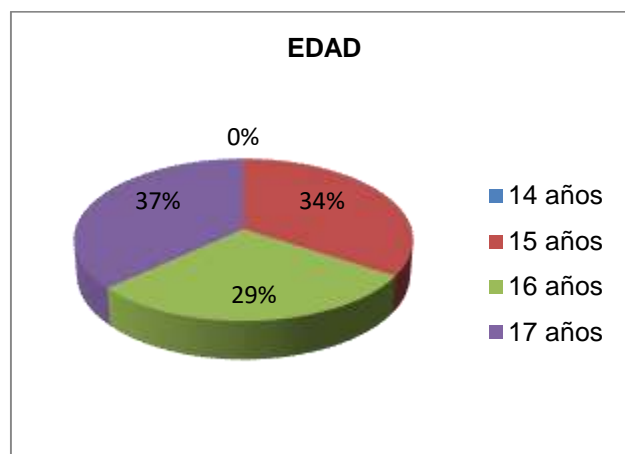


Figura 2. Edad

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.

En la figura 2 podemos observar que del total de la muestra investigada en relación a la variable edad, el 37% corresponde a los 17 años, siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 34% reveló tener 15 años y finalmente el 29% contaba con 16 años de edad.

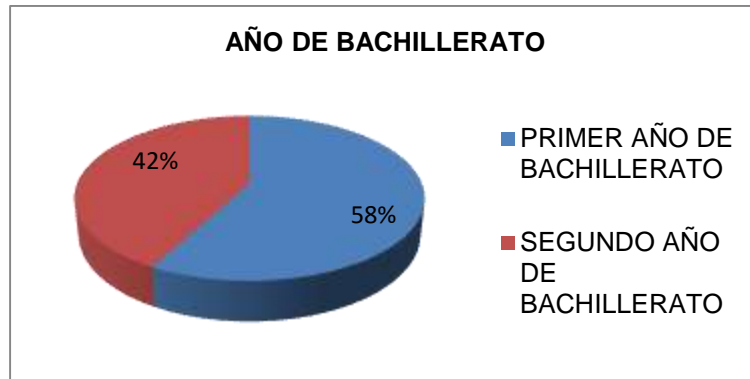


Figura 3. Año de bachillerato

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.

Considerando la variable año de bachillerato como muestra la figura 3, existió un mayor número de investigados en el primer año de bachillerato con un porcentaje de 58%, respecto al 42% de segundo año de bachillerato.

Otros datos sociodemográficos de la investigación revelan que 4 de 38 participantes expresaron ser estudiantes y a la vez trabajadores, únicamente 3 alumnos manifiestan pertenecer a familias monoparentales.

Variables generales de salud revelan que la mayoría de los adolescentes dedica de 1 a 4 horas de estudio y la misma cantidad para actividades de ocio al día, 19 estudiantes le dedican menos de 30 minutos diarios a la actividad física, 34 consideran que su alimentación es saludable, 7 han faltado a clases 4 o más veces en el año por problemas de salud, 21 consideran a su salud como “normal”, 13 la consideran como “buena” y 2 como “muy buena”.

3.2. Análisis de resultados generales

En este apartado se realizó el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la muestra investigada, se consideró la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio, el análisis dependió de la variable para definirla como protectora o de riesgo.

Las consideraciones de las puntuaciones fueron las siguientes:

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

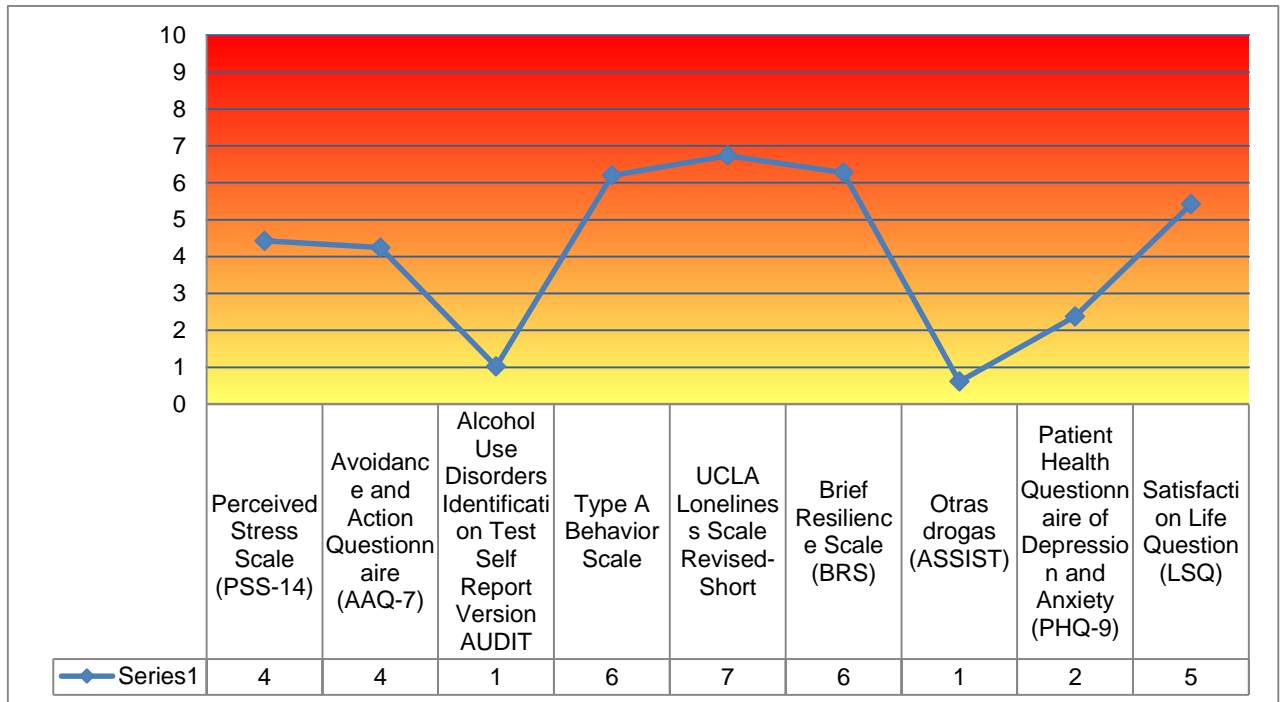


Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Como se puede apreciar en la figura 4, existen cinco variables que se consideraron como protectoras, entre ellas tenemos: estrés psicológico (PPS-14), estilo de afrontamiento (AAQ-7), consumo de alcohol y otras drogas (AUDIT, ASSIST), resiliencia (BRS), ansiedad y depresión (PHQ-9). La variable satisfacción vital (LSQ) se considera como neutral; mientras que las variables que son consideradas como variables de riesgo son: tipo de personalidad (Type A Behavior Scale) y apoyo social (UCLA).

Tabla 2. Frecuencia de estrés percibido (PSS-14)

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

14	8	10	12	6	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.

Como se puede apreciar en la figura 4, considerando la primera variable que es el estrés psicológico, se verifica que ésta puntúa con un valor de 4, lo cual indica que es una variable protectora al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos. Al realizar un acercamiento se determina que los aspectos más relevantes que arrojaron este resultado se basaron en que el 27 de 38 estudiantes “nunca” o “casi nunca” han sido afectados por algo que les haya ocurrido inesperadamente (reactivo 1), 21 alumnos “nunca” o “casi nunca” se han sentido incapaces de controlar las cosas importantes de su vida (reactivo 2) y 20 jóvenes “nunca” o “casi nunca” se han sentido nerviosos o estresados en el último mes (reactivo 3). De tal manera que, como presenta la tabla 1, la mayoría de los estudiantes respondieron hacia los extremos de protección, lo que se interpreta como bajos niveles de estrés en general para la muestra.

Tabla 3. Frecuencia de estilo de afrontamiento (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	11	11	2	7	1	2	4
2	5	17	4	2	1	2	7
3	9	11	5	4	2	1	5
4	15	8	3	3	3	2	4
5	13	6	6	4	2	2	5
6	11	11	5	3	3	0	5
7	14	7	7	2	2	2	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.

Por otro lado, analizando la variable estilo de afrontamiento medida a través de la inflexibilidad psicológica, podemos verificar que la muestra investigada cuenta con una puntuación de 4, lo cual está por debajo de la media, por ende ésta se define como variable protectora. La tabla 3 corrobora este análisis en donde se verifica que en todos los reactivos la mayoría de los estudiantes se inclinaron hacia la flexibilidad psicológica. Específicamente, los resultados resaltan que 28 de los estudiantes mencionaron que sus preocupaciones interfieren en el camino de lo que quieren conseguir “nunca”, “muy raramente” o “raramente” (reactivo 7), a 27 de ellos les parece que la mayoría de la gente “nunca”, “muy raramente” o “raramente”, lleva su vida mejor que ellos (reactivo 6) y 26 expresaron que sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena “nunca”, “muy raramente” o “raramente” (reactivo 4).

Tabla 4. Frecuencia de consumo de alcohol (AUDIT)

Rango	PUNTUACIÓN		
	TOTAL	SOBRE 10 PUNTOS	%
Consumo prudente o bajo riesgo	28	7	73.7
Consumo de riesgo	9	2.25	23.7
Consumo perjudicial	1	0.25	2.6
Síndrome de dependencia	0	0	0.0
Total	38		100.0

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.

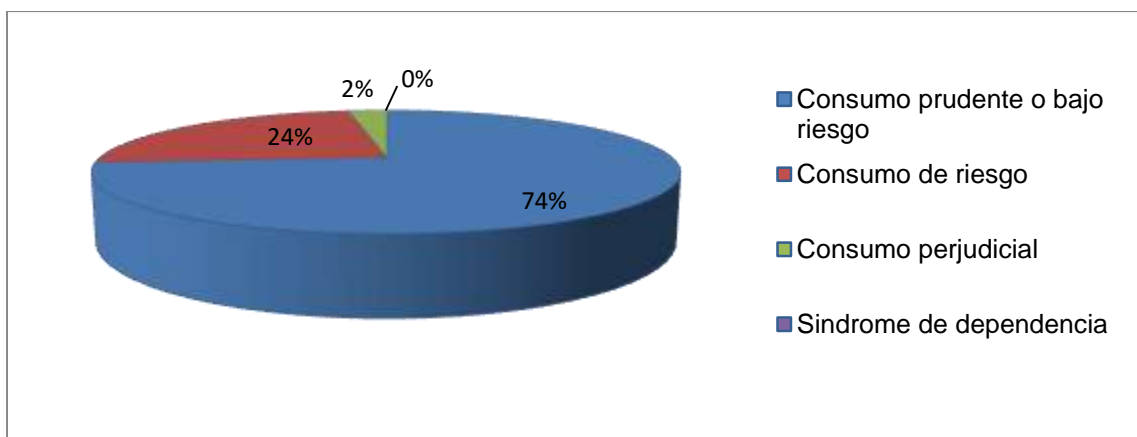


Figura 5. Resultados de consumo de alcohol AUDIT

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

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), se cuenta con una puntuación de 1, lo cual no sobrepasa la media, con un puntaje considerablemente bajo. A pesar del bajo consumo es importante recalcar los elementos más puntuados en la evaluación, en donde 8 de los jóvenes indican que en un día típico cuando beben consumen 7 o más bebidas (vasos) con alcohol (reactivo 2), 8 estudiantes por su lado manifestaron que en el último año consumieron alguna bebida que tenga alcohol 2 o más veces al mes (reactivo 1) y 4 expresaron que en el último año 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 (reactivo 10). Como recalca la figura 5, a pesar de que el mayor porcentaje de estudiantes (74%) posee un consumo prudente considerado como un factor de protección, el 24% presenta un consumo de riesgo, y el 2% un consumo perjudicial que se considera como de alto riesgo. No existen casos para ser considerados dentro de la categoría “síndrome de dependencia”. Con ello, podemos afirmar que ésta representa una variable de protección, puesto que la muestra investigada evidencia un consumo prudente de bebidas alcohólicas o de bajo riesgo.

Tabla 5. Frecuencia de tipo de personalidad A

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	23	9	6	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	6	12	9	11
3	9	15	11	3
4	7	8	15	8
5	6	16	11	5
6	5	14	15	4
TOTAL	56	74	67	31
Reactivo	Si		No	
7	29		9	
8	26		12	
9	31		7	
10	22		16	
TOTAL	108		44	

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 interpretar los resultados de la variable personalidad en la figura 4, se observa que se mantiene una puntuación de 6 que la señala (Type A Behavior Scale) como una variable de riesgo, ya que se aleja un punto de la media establecida. Sin embargo, esto se debe a que el 31 de 38 estudiantes se sienten inseguros, incómodos o insatisfechos con su rendimiento académico (reactivo 9), otros 31 muestran que el estudio alguna vez los ha llevado al límite del agotamiento (reactivo 8) y 29 expresan que llevan trabajo a casa y siguen pensando en los estudios fuera del horario escolar (reactivo 7).

Tabla 6. Frecuencia de apoyo social (UCLA)

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

*13	3	14	12	9
*14	10	16	9	3
15	0	7	19	12
16	0	7	17	14
*17	1	14	18	5
*18	8	16	11	3
19	0	6	15	17
20	0	5	15	18

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 en la figura 4, la variable sensación subjetiva de soledad (UCLA), se encuentra por encima de la media con una puntuación de 7. Este valor permite apreciar que los individuos investigados, en general perciben una menor disponibilidad de relaciones significativas de las deseadas, especialmente referidas al apoyo emocional. Los hallazgos de los cuestionarios muestran que 31 de 38 estudiantes sienten que la gente que les rodea les entiende “rara vez” y “a veces” (reactivo 1), 35 alumnos por su parte sienten que sus intereses e ideas no son compartidos por quienes los rodean “rara vez” y “a veces” (reactivo 8) y 32 expresan que “rara vez” y “a veces” se sienten tímidos (reactivo 17). Por consiguiente, se determina que la sensación subjetiva de soledad es una variable de riesgo para los estudiantes evaluados ya que la puntuación obtenida sobrepasa la media, lo que refleja una sensación subjetiva de soledad presente y por consiguiente, una falta de apoyo social.

Tabla 7. Frecuencia de resiliencia (BRS)

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

Como se observa en la figura 4, para el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale BRS), la muestra investigada se presenta una puntuación de 6, que se aprecia como un valor de un punto sobre la media, por lo que se afirma que la muestra investigada posee una capacidad rápida de recuperación frente al estrés, o se adapta a situaciones adversas fácilmente. Así, 20 estudiantes expresan que están “de acuerdo” y “muy de acuerdo” en que tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles (reactivo 1), 16 alumnos por su parte, están “en desacuerdo”, y “muy en desacuerdo” en que les sea difícil recuperarse

cuando algo malo sucede (reactivo 4) y un número igual considera que no suele llevarles mucho tiempo el superar complicaciones en su vida (reactivo 6). El resto de respuestas se distribuyen en neutrales y valores no significativos en los extremos de baja resiliencia. Esta demuestra ser por tanto, una variable protectora. Los datos de la tabla 7 confirman esta afirmación en tanto que la mayoría de los reactivos los adolescentes mostraron una tendencia clara hacia la resiliencia.

Tabla 8. Frecuencia de consumo de sustancias (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	25	10	1	0	2
2	26	10	1	0	1
3	16	14	5	3	0
4	26	9	1	0	2
5	38	0	0	0	0
6	38	0	0	0	0
7	38	0	0	0	0
8	38	0	0	0	0
9	38	0	0	0	0
10	38	0	0	0	0
11	37	1	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.

Tabla 9. Porcentaje de consumo de sustancias (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	65.8	26.3	2.6	0.0	5.3
2	68.4	26.3	2.6	0.0	2.6
3	42.1	36.8	13.2	7.9	0.0
4	68.4	23.7	2.6	0.0	5.3
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	97.4	2.6	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.

Respecto al consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y otras sustancias (ASSIST), como muestra la figura 4, se obtuvo una puntuación de 1, que no sobrepasa la media, con un puntaje consideradamente bajo. Con ello, podemos afirmar que ésta representa una variable de protección, puesto que la muestra investigada evidencia un consumo de bajo riesgo. Sin

embargo, al apreciar la tabla 9, se demuestra que el mayor porcentaje de consumo problemático de sustancias, determinado por el consumo de “cada semana” y “diario y casi diario” se ubica con un 7,9% que admitió haber consumido alcohol semanal o diariamente en los últimos 3 meses, 5,3% se establece para el consumo de “drogas” en general, el mismo porcentaje de los participantes aceptó tener un consumo semanal a diario de cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis); un pequeño porcentaje de 2.6% afirmó haber consumido “otras sustancias psicoactivas” y otro 2,6% se evidenció para tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabacos de mascar). Por otro lado, cabe notar que a pesar de no ser aun visto como problemático, el 23.7% de los estudiantes ha probado marihuana o sus derivados y la ha consumido “una o dos veces”. Se recalca además que el 100% de los participantes “nunca” ha consumido cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, ni alucinógenos u opiáceos, es decir que jamás los han probado siquiera.

Tabla 10. Frecuencia de depresión y ansiedad (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	11	16	5	5
2	15	14	6	3
3	24	10	2	2
4	22	11	1	4
5	18	12	3	5
6	20	11	1	6
7	24	11	1	2
8	27	7	1	3
9	22	12	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.

De acuerdo a la figura 4 se observa que para la variable depresión y ansiedad se obtuvo una puntuación de 2, siendo una variable protectora importante al ubicarse por debajo de la media. Esto quiere decir que los estudiantes no presentaron síntomas depresivos ni de ansiedad asociada al deterioro social. Tal como muestran los datos de la tabla 10, en 8 de 9 reactivos, la mayoría de los estudiantes respondieron hacia el extremo de ausencia en cuanto a síntomas de ansiedad y depresión, por lo que es considerada como la variable protectora de mayor fortaleza en la salud mental de los adolescentes evaluados. Esto se refleja en que 27 de los 38 estudiantes expresaron que “nunca” se mueven o hablan tan despacio que otras personas pueden darse cuenta, están tan inquietos o intranquilos que dan vueltas de un lugar a otro más que de costumbre (reactivo 8), 24 alumnos “nunca” han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión (reactivo 7), y otros 24

aseguran “nunca” haber tenido problemas para dormir, mantenerse despierto ni duermen demasiado (reactivo 3).

Tabla 11. Frecuencia de satisfacción vital (LSQ)

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

Finalmente se tiene la variable de satisfacción vital (Satisfaction on Life) como muestra la figura 4, con una puntuación de 5, ubicándose en la media, esta puntuación define que la muestra investigada considera en su mayoría que, su satisfacción de vida es neutral. Al evaluar la tabla 11 se esclarece que la mayor frecuencia, que equivale a 9 participantes puntúan un valor de 5, 18 adolescentes se reparten entre valores de 7 y 10, 1 cabe dentro del valor 6 y solamente 2 personas escogieron valores bajos de 1 y 2. Cabe recalcar que solamente 30 de los 38 estudiantes respondieron a esa pregunta y 8 la dejaron en blanco, por lo que no constan en la tabla 11.

3.3. Análisis de resultados respecto al género femenino

En este apartado se realizó el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la muestra femenina investigada, se consideró la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio, el análisis dependió de la variable para definirla como protectora o de riesgo.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

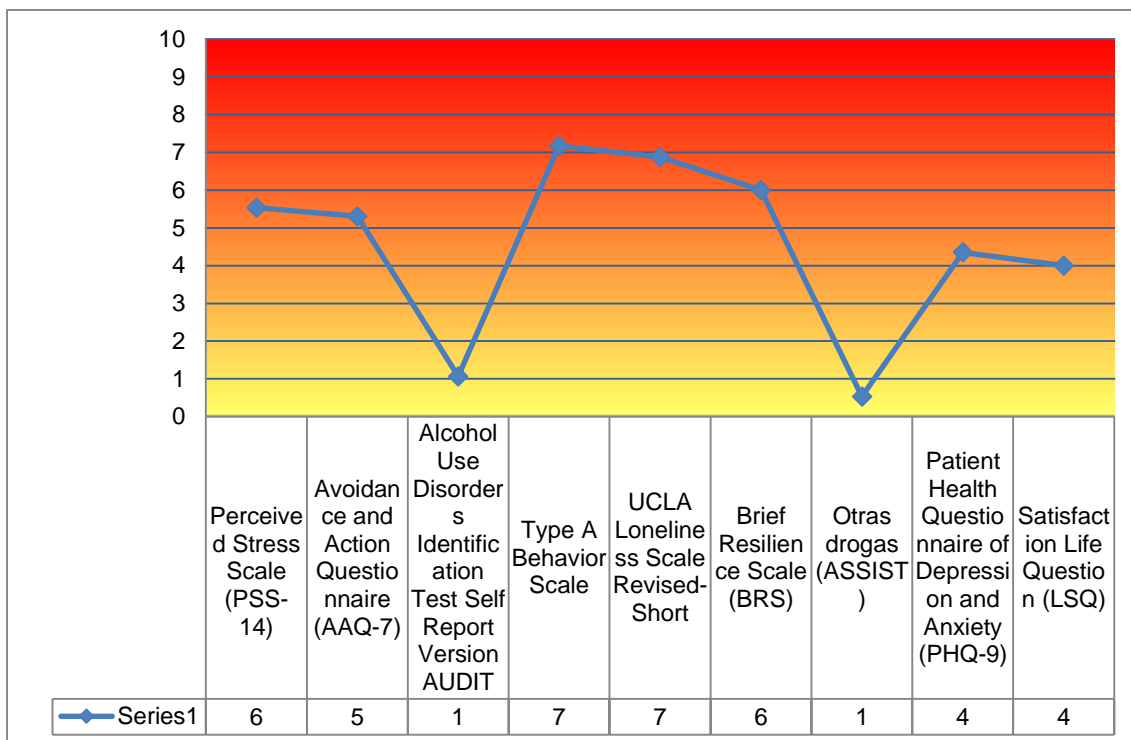


Figura 6. Figura de la batería con resultados estandarizados para el género femenino.
 Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.
 Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Como se puede apreciar en la figura 6, existen cuatro variables que se consideraron como protectoras, entre ellas tenemos: consumo de alcohol y otras drogas (AUDIT, ASSIST), resiliencia (BRS) y; depresión y ansiedad (PHQ-9); mientras que las variables que son consideradas como variables de riesgo son el estrés psicológico (PSS-14), tipo de personalidad (Type A Behavior Scale) y apoyo social (UCLA). Adicionalmente se considera a la satisfacción vital (LSQ) como variable de riesgo por su baja puntuación en el género femenino. El estilo de afrontamiento (AAQ-7) es considerado como variable neutral.

Tabla 12. Frecuencia de estrés (PSS-14) para el género femenino

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

11	1	0	0	1	2
12	1	0	1	2	0
13	0	0	1	1	1
14	1	0	0	2	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.

Como se puede apreciar en la figura 6 la primera variable que es el estrés se ubica en 6 puntos para el género femenino, por lo que se presenta como variable de riesgo al encontrarse un punto sobre la media establecida de 5. La tabla 12 evidencia que, de acuerdo al test, en la mayoría de los reactivos las chicas muestran signos de percepción de estrés en sus vidas. Esto se debe a que 3 de las 4 participantes afirman haberse sentido nerviosas o estresadas “a menudo” o “muy a menudo” en el último mes (reactivo 3), otras 3 expresan que “nunca” o “casi nunca” manejaron con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida (reactivo 4), el mismo número dice no sentir que tuvo todo bajo control (reactivo 10), que estuvieron enfadadas porque las cosas se salieron de su control (reactivo 11) y que con frecuencia sintieron que las cosas se les acumularon tanto que no pudieron superarlas (reactivo 14).

Tabla 13. Frecuencia de estilos de afrontamiento (AAQ-7) para el género femenino

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	1	0	0	2	0	0	1
2	0	0	0	1	0	1	2
3	1	0	1	1	0	0	1
4	2	0	0	1	0	0	1
5	1	0	1	1	0	1	0
6	2	0	1	0	1	0	0
7	2	0	1	0	0	0	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 analizar la variable estilo de afrontamiento, medida a través de la inflexibilidad psicológica, se evidencia que la muestra investigada cuenta con una puntuación de 5, por ende, ésta se define como variable neutral. Esta afirmación se esclarece en la tabla 13, en donde los datos son dispersos en casi todos los reactivos. De esta manera, una adolescente expresa que “nunca es verdad”, 2 afirman que “a veces es verdad” y 1 revela que “siempre es verdad” que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea difícil vivir la vida que querrían (reactivo 1). Así mismo, una estudiante afirma que “nunca es verdad”, otra expresa que “raramente es verdad”, otra revela que “a veces es verdad” y una más asevera que “siempre es verdad” que les preocupa no ser capaces de controlar sus preocupaciones y sentimientos (reactivo 3). Igualmente, una alumna expresa que “nunca es verdad”, otra expresa que

“raramente es verdad”, otra revela que “a veces es verdad” y una última asevera que “casi siempre es verdad que sus emociones interfieren en cómo les gustaría que fuera su vida (reactivo 5).

Tabla 14. Frecuencia de consumo de alcohol (AUDIT) para el género femenino

Rango	PUNTUACIÓN		
	TOTAL	SOBRE 10 PUNTOS	%
Consumo prudente o bajo riesgo	3	0.75	75.0
Consumo de riesgo	1	0.25	25.0
Consumo perjudicial	0	0	0.0
Síndrome de dependencia	0	0	0.0
Total	4		100.0

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.

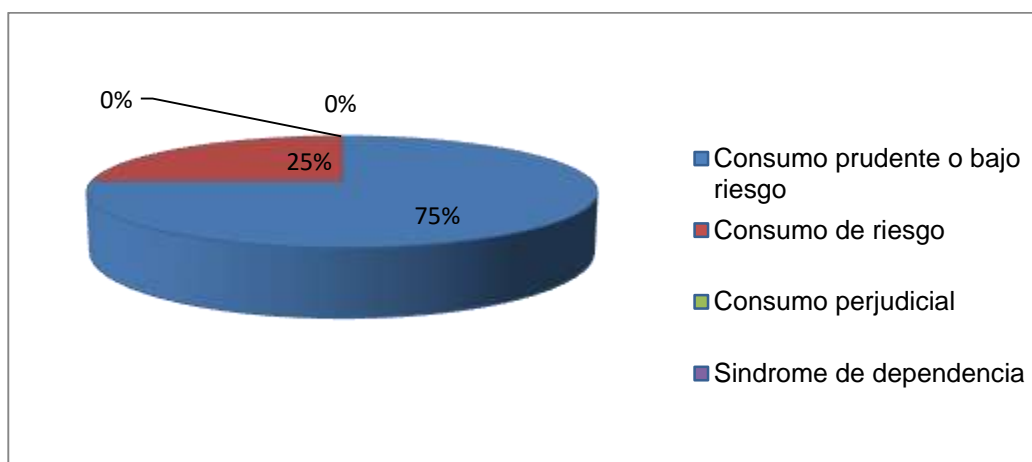


Figura 7. Resultados de consumo de alcohol AUDIT para el género femenino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Con respecto a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), la muestra investigada de género femenino puntúa 1 en la figura 6, siendo una puntuación mínima dentro de la escala de 0 a 10, que se estima como una variable de protección. Realizando un análisis en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, como se puede apreciar en la figura 7, la muestra objeto de investigación presenta en su mayoría (75%), un consumo de bajo riesgo o prudente, sin embargo el 25% restante presenta un consumo de riesgo. Ninguna estudiante presenta consumo perjudicial ni síndrome de dependencia.

Tabla 15. Frecuencia de personalidad tipo A para el género femenino

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

TOTAL				
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	1	3	0	0
3	1	2	1	0
4	1	2	0	1
5	0	2	2	0
6	1	2	1	0
TOTAL	5	10	4	1
Reactivo	Si		No	
7	2		2	
8	3		1	
9	4		0	
10	4		0	
TOTAL	13		3	

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

Para la variable de tipo de personalidad, definida a través de la personalidad tipo "A", las jóvenes puntúan con 7 como muestra la figura 6, este valor sobrepasa la media, por lo que es considerada como variable de riesgo. Como se aprecia en la tabla 15, los reactivos más puntuados corresponden a la primera y segunda columna, que se interpretan como respuestas que corresponden a una mayor tendencia a la personalidad "A", caracterizada por rasgos competitivos, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, asociado a problemas de salud. Así, al evaluar los reactivos se determina que todas las chicas se sienten inseguras, incómodas o insatisfechas con su rendimiento académico (reactivo 9), todas las adolescentes además se sienten molestas cuando tienen que esperar algo o a alguien (reactivo 10) y 3 de las jóvenes señalan un fuerte deseo de sobresalir (ser la mejor) en la mayor parte de las cosas (reactivo 1).

Tabla 16. Frecuencia de apoyo social (UCLA) para el género femenino

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	0	1	2	1
*2	0	2	1	1
*3	0	1	2	1
*4	0	2	1	1
5	0	1	1	2
6	1	0	2	1
*7	0	0	2	1
*8	0	1	3	0
9	0	1	1	2

10	0	1	3	0
*11	1	2	1	0
*12	2	2	0	0
*13	0	0	3	1
*14	0	2	2	0
15	0	1	2	1
16	0	2	2	0
*17	0	2	1	1
*18	0	1	2	1
19	0	2	1	1
20	0	1	2	1
TOTAL	4	25	34	16

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 en la figura 6 para el género femenino, la variable sensación subjetiva de soledad (UCLA) se encuentra por encima de la media con una puntuación de 7. Este valor permite apreciar que las mujeres perciben una baja disponibilidad de relaciones significativas de las deseadas, especialmente referidas al apoyo emocional. Por consiguiente, se determina que la sensación subjetiva de soledad es una variable de riesgo para las alumnas evaluadas ya que la puntuación obtenida sobrepasa la media en 2 puntos. Adicionalmente, la tabla 16 esclarece que todas las estudiantes respondieron que “rara vez” y “a veces” sienten que sus intereses e ideas no son compartidas por quienes los rodean (reactivo 8), todas expresaron que “rara vez” y “a veces” se sienten cercanas a las personas (reactivo 10). Igualmente, las 4 indicaron que “rara vez” y “a veces” se sienten aisladas de los demás” (reactivo 14), y las mismas revelaron que “rara vez” y “a veces” sienten que hay personas que realmente las comprenden. Todo esto corresponde a una considerable sensación subjetiva de soledad y por consiguiente, una importante falta de apoyo social.

Tabla 17. Frecuencia de resiliencia (BRS) para el género femenino

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

Como se observa en la figura 6, para la variable resiliencia (Brief Resilience Scale BRS), el género femenino investigado presenta una puntuación de 6, que se aprecia como un valor sobre la media, por lo que se afirma que este grupo posee una capacidad rápida de recuperación frente al estrés, o se adapta a situaciones adversas fácilmente. Se interpreta que esta demuestra ser por tanto, una variable protectora. Los datos de la tabla 17 ratifican esta información en tanto que en la mayoría de las preguntas existe una tendencia hacia la resiliencia. De esta manera todas están “de acuerdo” en que no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante (reactivo 3), 3 están “de acuerdo” en que tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles (reactivo 1) y para 2 de ellas les es “neutral” en el hecho de que normalmente pasan momentos difíciles sin gran problema (reactivo 5).

Tabla 18. Frecuencia de consumo de sustancias (ASSIST) para el género femenino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario	TOTAL
1	3	1	0	0	0	4
2	3	1	0	0	0	4
3	0	4	0	0	0	4
4	3	1	0	0	0	4
5	4	0	0	0	0	4
6	4	0	0	0	0	4
7	4	0	0	0	0	4
8	4	0	0	0	0	4
9	4	0	0	0	0	4
10	4	0	0	0	0	4
11	4	0	0	0	0	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.

Tabla 19. Porcentaje% The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) para el género femenino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0
2	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0
3	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
4	75.0	25.0	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	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.

Respecto al consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y otras sustancias (ASSIST), como muestra la figura 6, se obtuvo una puntuación de 1, que no sobrepasa la media, con un puntaje consideradamente bajo. Con ello, podemos afirmar que ésta representa una variable de protección, puesto que las adolescentes muestran un consumo de bajo riesgo. Sin embargo, al analizar la tabla 18, se muestra que todas las chicas afirman haber consumido alcohol 1 o 2 veces en los últimos 3 meses (reactivo 3), una expresa haber consumido “drogas” en general 1 o 2 veces en los últimos 3 meses (reactivo 1), y otra asegura haber consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis) 1 o 2 veces en los últimos 3 meses (reactivo 4). Se recalca además que todas las participantes afirman que nunca han consumido cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos u opiáceos, es decir que estos últimos, jamás los han probado siquiera.

Tabla 20. Frecuencia de depresión y ansiedad (PHQ-9) para el género femenino

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

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 la figura 6 se observa que para la variable depresión y ansiedad se obtuvo una puntuación de 4 para las mujeres, siendo una variable protectora, al ubicarse por debajo de la media únicamente en un punto. Esto quiere decir que las estudiantes no presentan síntomas considerables depresivos ni de ansiedad asociada al deterioro social. Como muestra la tabla 20, los datos demuestran una menor tendencia hacia la depresión y ansiedad en la mayoría de los reactivos. De esta forma, todas las estudiantes afirman nunca haber tenido problemas para concentrarse en actividades como leer y ver televisión (reactivo 7), 2 expresan que nunca

tienen poco o excesivo apetito (reactivo 5) y otras 2 evidencian que nunca se mueven o hablan tan despacio que otras personas puedan darse cuenta, ni presentan inquietud o intranquilidad más que de costumbre (reactivo 8).

Tabla 21. Frecuencia de satisfacción vital (LSQ) para el género femenino

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

Finalmente para la variable “Satisfacción Vital” como muestra la figura 6, las mujeres presentan una puntuación de 4, ubicándose debajo de la medida neutral, esta puntuación define que la muestra investigada considera que, su satisfacción de vida no es óptima, lo que refleja una percepción no deseable. Se analiza que la satisfacción vital para el caso de las mujeres se considera como una variable importante de riesgo, en donde, como muestra la tabla 21, 3 de las jóvenes respondieron que el nivel general de su satisfacción vital es 4, y una ha expresado que su nivel de satisfacción es únicamente de 1 sobre 10.

3.4. Análisis de resultados respecto al género masculino

En este apartado se realizó el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la muestra masculina investigada, se consideró la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio, el análisis dependió de la variable para definirla como protectora o de riesgo.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

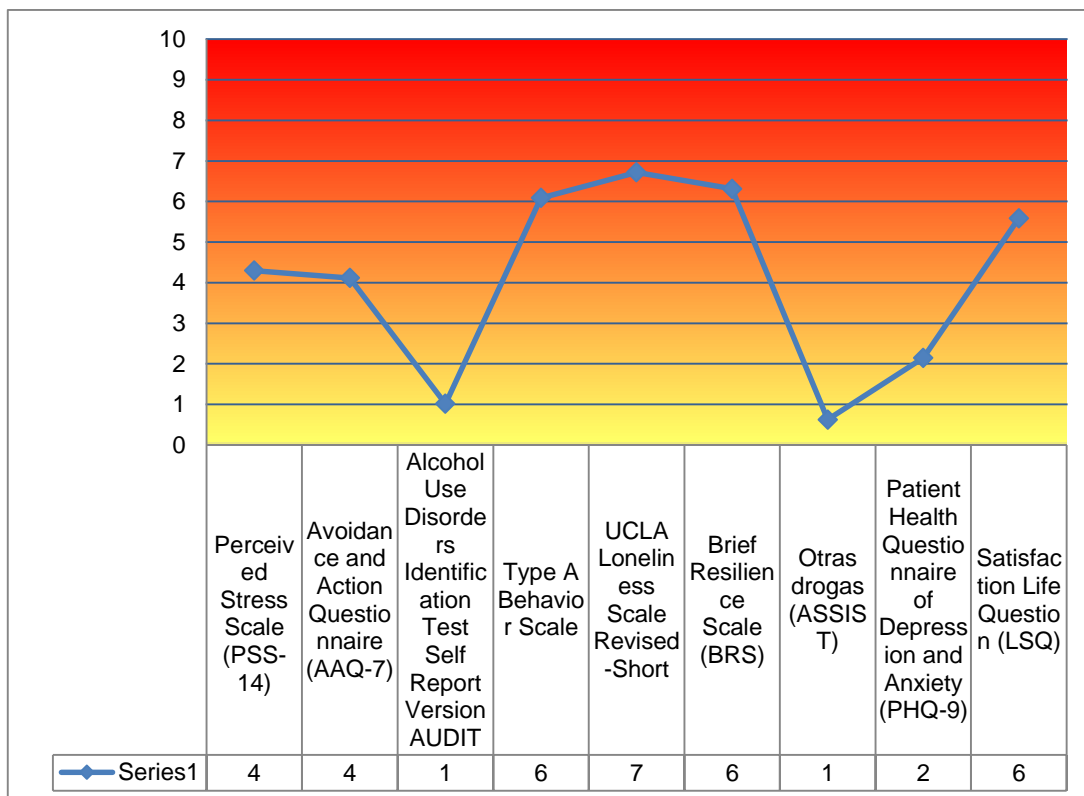


Figura 8. Figura de la batería con resultados estandarizados para el género masculino
Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Como se puede apreciar en la figura 8, existen seis variables que se consideraron como protectoras para el género masculino, entre ellas tenemos: estrés psicológico (PSS-14), estilo de afrontamiento (AAQ-7), consumo de sustancias (AUDIT, ASSIST), resiliencia (BRS), y PHQ-9; mientras que las variables que se encuentran sobre la media y que fueron consideradas como variables de riesgo son: tipo de personalidad (Type A Behavior Scale) y apoyo social (UCLA). La variable satisfacción vital (LSQ) se considera de protección al ser evaluada con puntaje de 6 sobre una escala del 1 al 10.

Tabla 22. Frecuencia de estrés (PSS-14) para el género masculino

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

10	1	8	7	12	6
11	5	9	11	5	4
12	3	3	8	11	9
13	2	4	11	12	5
14	7	10	12	4	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.

Como se puede apreciar en la figura 8, la primera variable que es el estrés se ubica en 4 puntos, lo cual indica esta que se presenta como variable de protección al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos para los hombres. Como lo corrobora la tabla 22, en la mayor parte de los reactivos, la mayoría de los estudiantes respondieron hacia los extremos de protección, lo que se interpreta como bajos niveles de estrés en general para los muchachos de muestra. Así, el 26 de los estudiantes expresaron que “nunca” o “casi nunca” han estado afectados por algo que ha ocurrido inesperadamente (reactivo 1), 20 afirmaron que “nunca” o “casi nunca” se han sentido incapaces de controlar las cosas importantes en sus vida (reactivo 2) y 19 evidenciaron que “nunca” o “casi nunca” se han sentido nerviosos o estresados (reactivo 3).

Tabla 23. Frecuencia de estilos de afrontamiento (AAQ-7) para el género masculino

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	10	11	2	5	1	2	3
2	5	17	4	1	1	1	5
3	8	11	4	3	2	1	4
4	13	8	3	2	3	2	3
5	12	6	5	3	2	1	5
6	9	11	4	3	2	0	5
7	12	7	6	2	2	2	3
TOTAL	69	71	28	19	13	9	28

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.

Por otro lado, analizando la variable estilo de afrontamiento, medida a través de la inflexibilidad psicológica, se comprueba que la muestra investigada cuenta con una puntuación de 4, lo cual está por debajo de la media, por ende se define también, como variable protectora. La tabla 23 corrobora este análisis en donde se verifica que en todos los reactivos la mayoría de los estudiantes se inclinaron hacia la flexibilidad psicológica. Así, 25 adolescentes expresaron que “nunca”, “muy raramente” o “raramente” sus preocupaciones interfieren en el camino de lo que quieren conseguir (reactivo 7), 24 indicaron que sus recuerdos dolorosos “nunca”, “muy raramente” o “raramente” les impiden llevar una vida plena (reactivo 4), y 23 de los alumnos respondieron que “nunca”, “muy raramente” o

“raramente” sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea difícil vivir la vida que querrían (reactivo 1).

Tabla 24. Frecuencia de consumo de alcohol (AUDIT) para el género masculino

Rango	PUNTUACIÓN		
	TOTAL	SOBRE 10 PUNTOS	%
Consumo prudente o bajo riesgo	25	6.25	73.5
Consumo de riesgo	8	2	23.5
Consumo perjudicial	1	0.25	2.9
Síndrome de dependencia	0	0	0.0
Total	34		100.0

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.

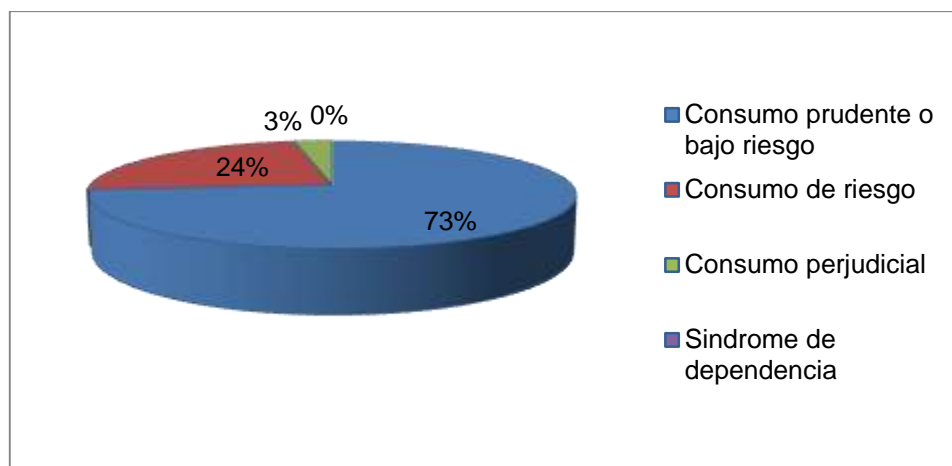


Figura 9. Resultados de consumo de alcohol AUDIT para el género masculino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Respecto a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), de acuerdo a la puntuación observada en la figura 8, esta es de 1 punto, lo cual significa que se considera como una variable de protección, ya que los jóvenes presentaron en su mayoría (75%) un consumo prudente. Sin embargo, como muestra la figura 9, un 25% presenta un consumo de riesgo y un restante 3% se sitúa dentro de un consumo perjudicial. Se recalca que ninguno de los estudiantes evidenció síndrome de dependencia a las bebidas alcohólicas.

Tabla 25. Frecuencia de personalidad tipo A para el género masculino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	21	8	5	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	5	9	9	11
3	8	13	10	3

4	6	6	15	7
5	6	14	9	5
6	4	12	14	4
TOTAL	50	62	62	30
Reactivo	Si		No	
7	27		7	
8	23		11	
9	27		7	
10	18		16	
TOTAL	95		41	

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 interpretar los resultados de la variable personalidad en la figura 8, se observa que la muestra mantiene una puntuación de 6, que señala al tipo de personalidad, medida a través de la personalidad tipo A (Type A Behavior Scale) como una variable de riesgo. En la tabla 25 se evidencia que 29 de los 34 estudiantes admiten tener un fuerte deseo de sobresalir y ser los mejores en la mayor parte de las cosas (reactivo 1), 27 expresan que “sí” llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar alguna vez (reactivo 7) y una misma cantidad de alumnos afirman que alguna vez se sintieron inseguros, incómodos o insatisfechos con el rendimiento académico (reactivo 9).

Tabla 26. Frecuencia de apoyo social (UCLA) para el género masculino

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

*18	8	15	9	2
19	0	4	14	16
20	0	4	13	17
TOTAL	81	205	239	155

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 en la figura 8 la variable apoyo social, que se define a través de la sensación subjetiva de soledad (UCLA), para el género masculino se encuentra por encima de la media con una puntuación de 7. Este valor permite apreciar que los jóvenes perciben una baja disponibilidad de apoyo emocional por parte de sus seres queridos y la gente que los rodea. Por consiguiente, se determina que el apoyo social es una variable de riesgo para los alumnos evaluados ya que la puntuación obtenida sobrepasa la media en 2 puntos. De esta manera, la tabla 26 esclarece que Los hallazgos de los cuestionarios muestran que 28 de 34 estudiantes sienten que la gente que les rodea les entiende “rara vez” y “a veces” (reactivo 1), 29 por su parte sienten que sus intereses e ideas no son compartidos por quienes los rodean “rara vez” y “a veces” (reactivo 8) y 29 expresan que “rara vez” y “a veces” se sienten tímidos (reactivo 17).

Tabla 27. Frecuencia de resiliencia (BRS) para el género masculino

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	8	7	11	6
2	3	10	10	8	2
3	4	7	11	7	4
4	4	11	11	4	4
5	5	4	12	10	3
6	7	8	12	6	1
TOTAL	25	48	63	46	20

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 observa en la figura 8, para la variable resiliencia (Brief Resilience Scale BRS), el género masculino investigado presenta una puntuación de 6, un punto sobre la media de 5, por lo que se afirma que este grupo posee una capacidad rápida de recuperación frente al estrés, o se adapta a situaciones adversas fácilmente. Se interpreta que esta demuestra ser por tanto, una variable protectora. Los datos de la tabla 27 confirman esta afirmación en tanto que en 5 de 6 reactivos, un gran porcentaje de adolescentes mostraron una tendencia clara hacia la resiliencia, aunque la mayoría es neutral. Así, la mitad de los chicos (17 de ellos) está “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en que tiende a recuperarse fácilmente de momentos difíciles (reactivo 1), 15 están “muy en desacuerdo” o “en desacuerdo” (reactivo 4) en que les es difícil recuperarse cuando algo malo les sucede y otros 15 están “muy en desacuerdo” o “en

desacuerdo” en que les suele llevar mucho tiempo superar complicaciones en su vida (reactivo 6).

Tabla 28. Frecuencia de consumo de sustancias (ASSIST) para el género masculino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	22	9	1	0	2
2	23	9	1	0	1
3	16	10	5	3	0
4	23	8	1	0	2
5	34	0	0	0	0
6	34	0	0	0	0
7	34	0	0	0	0
8	34	0	0	0	0
9	34	0	0	0	0
10	34	0	0	0	0
11	33	1	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.

Tabla 29. Porcentaje % de consume de sustancias (ASSIST) para el género masculino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	64.7	26.5	2.9	0.0	5.9
2	67.6	26.5	2.9	0.0	2.9
3	47.1	29.4	14.7	8.8	0.0
4	67.6	23.5	2.9	0.0	5.9
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	97.1	2.9	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.

Respecto al consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y otras sustancias (ASSIST), como muestra la figura 8, para el género masculino se obtuvo una puntuación de 1, que no sobrepasa la media, con un puntaje consideradamente bajo. Con ello, se afirma que ésta representa una variable de protección, puesto que la mayoría de la muestra investigada muestra un consumo de bajo riesgo. Sin embargo, como se aprecia en la tabla 29, el mayor

porcentaje de consumo problemático de sustancias, determinado por el consumo de “cada semana” y “diario y casi diario” se ubica con un 2,9% para el consumo de alcohol, un 8,8% para tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabacos de mascar), 5,9% para el consumo de “drogas” en general y otro 5,9% para consumo de cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis). Cabe notar que a pesar de no ser aun visto como problemático, el 26.5% de los estudiantes ya ha probado la marihuana o sus derivados y la ha consumido “una o dos veces”. Un pequeño porcentaje de 2.6% afirma haber consumido “otras sustancias psicoactivas”. Se recalca además que el 100% de los participantes “nunca” ha consumido cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir ni alucinógenos u opiáceos.

Tabla 30. Frecuencia de depresión y ansiedad (PHQ-9) para el género masculino

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	10	14	5	4
2	15	13	4	2
3	24	8	1	1
4	21	9	1	3
5	16	12	2	4
6	20	9	1	4
7	20	11	1	2
8	25	6	1	2
9	22	9	1	2
TOTAL	173	91	17	24

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

De acuerdo a la figura 8 se observa que para la variable depresión y ansiedad se obtuvo una puntuación de 2, siendo una variable protectora importante para los adolescentes, al ubicarse muy por debajo de la media. Esto quiere decir que los estudiantes no presentan síntomas depresivos ni de ansiedad asociada al deterioro social. Tal como muestran los datos de la tabla 30, en 8 de 9 reactivos, la mayoría de los estudiantes respondieron “nunca”, por lo que es considerada como la variable protectora de mayor fortaleza en la salud mental de los adolescentes evaluados. De esta manera se esclarece que 25 de los muchachos afirmaron que “nunca” se han movido o hablado tan despacio que otras personas puedan darse cuenta ni han estado tan inquietos o intranquilos que den vueltas de un lugar a otro más que de costumbre (reactivo 8), 24 estudiantes indicaron que “nunca” han tenido problemas para dormir, mantenerse despiertos ni duermen demasiado (reactivo 3) y 22 “nunca” han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma (reactivo 9).

Tabla 31. Frecuencia de satisfacción vital (LSQ) para el género masculino

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

Finalmente, para la variable de satisfacción vital (Satisfaction Life Question LSQ) como muestra la figura 8, los adolescentes obtienen una puntuación de 6, siendo esta una variable protectora ubicándose un punto sobre la media. La muestra investigada considera en su mayoría que, su satisfacción de vida es neutral, lo que refleja una percepción media de la calidad de vida, sin llegar a ser la óptima deseada. Sin embargo, al evaluar la tabla 31 se esclarece que 18 de los 26 hombres encuestados que respondieron a esta pregunta, muestran resultados entre 7 y 10 que se consideran como los puntajes deseados y es por ello que finalmente se define a esta variable como de protección. Es preciso recalcar que 8 de los 34 adolescentes no respondieron a esta pregunta.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten determinar las variables predictores de salud mental a partir de un criterio que toma a la media que define en general, a cada variable como protectora o de riesgo o neutral para los adolescentes participantes.

Los resultados muestran que para la Escala de Percepción de Estrés PSS-14 los estudiantes evaluados presentan un nivel bajo en cuanto a su percepción de estrés actual, lo que refleja que esta es una variable de protección. En base a literatura se evidencia que según Lázarus y Folkman, citados en Guadalupe (2010) el estrés o eustrés, es el resultado de una evaluación cognitiva por parte del sujeto que determina una situación como amenazante, de pérdida, desafiante o beneficiosa. Esto dependerá de los recursos de afrontamiento, que incluyen a los recursos físicos, psicológicos, sociales, materiales y aptitudes. De esta manera, se determina que concordando con la literatura, la mayoría de los estudiantes que participaron en la presente investigación cuentan con algunos de estos recursos de afrontamiento que los ayudan a valorar sus vidas en términos positivos en cuanto a impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga, es decir en grado en el que las situaciones de la vida son consideradas como beneficiosas y menos estresantes.

Sin embargo, al evaluar los resultados en cuanto al género se comprueba que las mujeres presentan al estrés como variable de riesgo. Los hombres por su parte cuentan con más recursos de afrontamiento ante situaciones estresantes ya que obtienen un puntaje menor, lo que representa para ellos una variable de protección. Un estudio de Pereira y Galaz (2014) con adolescentes, expresa que mujeres y hombres presentan estrés, aunque los estresores para cada género no son siempre los mismos. Así, el autor afirma que en la adolescencia, aunque el hecho de tener problemas con la pareja es un estresor importante para los dos sexos, para las mujeres el factor social influye adicionalmente y de manera considerable, en su percepción de estrés. De esta manera el presente estudio concuerda con la literatura que demuestra que las chicas poseen una mayor percepción de estrés que los jóvenes. Con los resultados presentados se contrasta que el estrés psicológico es una variable predictora y protectora de la salud mental para los adolescentes, y una variable de riesgo relacionada a la salud mental de las mujeres.

El Avoidance and Action Questionnaire AAQ-7 evalúa la inflexibilidad psicológica. En la escala general, los estudiantes participantes muestran un resultado que determina un nivel bajo de inflexibilidad psicológica, lo que la define como una variable de protección. Según Hayes y otros (2011), la flexibilidad psicológica se describe como el hecho de hacerse consciente de pensamientos y sentimientos negativos trayéndolos al presente y trabajando en ellos sin negarlos y superándolos. Esta afirmación concuerda con los resultados de la investigación en

donde se demuestra que los pensamientos negativos no alteran significativamente el comportamiento de los estudiantes encuestados permitiéndoles llevar una vida plena. De esta manera se considera a la flexibilidad psicológica como una variable predictora y protectora de salud mental en los adolescentes independientemente del género, lo que los acerca al deseable compromiso vital con los valores personales y la sensación de plenitud del ser.

El reactivo Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT-C evalúa el consumo problemático de alcohol. Los resultados muestran un bajo consumo problemático de alcohol en los jóvenes, siendo esta una variable de protección. Según Hidalgo y Redondo (2005), la edad de inicio de consumo de alcohol es de gran importancia ya que el uso de drogas antes de los 15 años aumenta el riesgo de abuso para el futuro, así como el paso a otras drogas. Así, mientras más tarde se experimente con el primer consumo de alcohol, menos riesgos de consumo problemático existirán. Este aporte expresa la importancia de tomar en consideración el consumo de alcohol detenidamente a pesar de que en la presente investigación el consumo se defina en general como bajo. Los resultados evidencian adicionalmente que el consumo de alcohol en las mujeres no presenta diferencias significativas al de los hombres, en donde en términos generales, la mayoría evidencia un consumo prudente. En definitiva, la variable de consumo de alcohol en la adolescencia representa una variable predictora de la salud mental de los jóvenes.

Los resultados generales de la prueba de resiliencia aplicada en los alumnos determinan que esta es una variable de protección tanto para los hombres como para las mujeres. La resiliencia indica la capacidad que poseen los jóvenes para superar y sobreponerse ante circunstancias adversas o situaciones de dolor emocional. La literatura indica que la resiliencia "...también ha sido descrita como consistente de atributos disposicionales, uniones familiares afectivas y apoyo externo...ecuanimidad, autoconfianza, perseverancia y significado" (Iglesias, 2006, pág. 129). Se comprendería entonces, que los estudiantes encuestados poseen un apoyo social y familiar óptimo, sin embargo el cuestionario de resiliencia adoptado en la presente investigación no contiene reactivos que impliquen o se asocien a estos temas como indica el autor, pues únicamente se basan en características propias de la resiliencia como la capacidad de absorber inconvenientes de la vida y tener la capacidad y hacer uso de los recursos para continuar con la misma sin problemas. La resiliencia evidencia ser una variable predictora y protectora de la salud mental de los adolescentes.

El ASSIST The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test evalúa el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en los últimos tres meses. Los resultados evidencian un consumo bajo por parte de los estudiantes. Esta es considerada una variable de protección, no obstante, estudios han demostrado que cuanto más precoz es el

inicio del uso de drogas, más probable es que se continúe su uso a lo largo de la vida, que se asocie con la presencia de problemas y mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad de uso. Los jóvenes son menos capaces que los adultos en limitar el uso y atribuyen a la droga la solución a sus problemas; adicionalmente, en la actualidad, el número de aquellos que prueban es mayor y cada vez aparecen nuevas sustancias (Hidalgo Vicario & Redondo Romero, 2005). Contrastando con esta información, se afirma que aunque los jóvenes no muestran un consumo alarmante de drogas, por las razones expuestas en la literatura se justifica un atento análisis con respecto al consumo de drogas como el tabaco, el alcohol y cannabis que resultan ser una puerta hacia otras drogas.

En cuanto al género, las diferencias no son significativas, aunque se puede notar claramente que entre las mujeres el consumo de sustancias en su mayoría, es poco frecuente. En cambio para los varones, el consumo se presenta con mayor frecuencia. Los niveles de experimentación con el cannabis son muy similares en ambos sexos y por el contrario, las chicas consumen con más frecuencia tabaco y tranquilizantes (Hidalgo Vicario & Redondo Romero, 2005). La literatura concuerda con los datos expuestos, ya que en el presente estudio ambos sexos presentan el mismo nivel de consumo. Esta variable representa por tanto, un indicador de criterio de salud con respecto al consumo de sustancias.

El Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) es un cuestionario que evalúa las variables de depresión y ansiedad relacionadas al deterioro social. Los resultados para esta variable muestran que los estudiantes reportan en general niveles bajos de ansiedad y depresión, por lo que se considera una variable protectora. La guía de la Junta de Andalucía (2013) afirma la que la depresión se evita y se trata a través de la valoración de los afectos, el estrés innecesario, la actitud positiva, el afrontamiento de los problemas, el sueño suficiente, la evitación de consumo de sustancias tóxicas y alcohol, la dieta saludable, el mantenimiento de actividad y la expresión del sufrimiento y los problemas. Los adolescentes del presente estudio al evidenciar un nivel bajo de depresión y ansiedad cuentan con varios de estos elementos preventivos en sus vidas.

En cuanto a las diferencias de género, las mujeres puntúan más alto que los hombres en el cuestionario de depresión y ansiedad. A pesar de estas distinciones, esta sigue siendo una variable protectora para ambos sexos y es un indicador de criterio de salud mental para la muestra en cuestión. A partir de los 12 años “los síntomas depresivos comienzan a ser más frecuentes en las niñas e incluso va incrementando a medida que aumenta la edad (adolescencia), lo que apunta a una dimensión fuertemente social de género” (Vinaccia, y otros, 2006). Esta información de la literatura corrobora con los resultados de la presente investigación en donde se aprecia que las mujeres manifiestan más síntomas de depresión y

ansiedad en la adolescencia que los hombres. Se define por consiguiente que dado que la variable presenta puntuaciones bajas en los dos sexos se la define como una variable protectora e indicadora de criterio de salud mental para la muestra analizada.

El LSQ Life Satisfaction Question evalúa la satisfacción vital que se refiere al nivel de satisfacción que perciben los jóvenes con su vida en general. Los resultados muestran un nivel medio para la población general definida como variable de protección, en donde los hombres evidencian niveles más altos de percepción de satisfacción vital que las mujeres. Para estas últimas la satisfacción vital es una variable de riesgo. Reina, Oliva y Parra (2010) afirman que los hombres puntúan más alto que las mujeres en su percepción de satisfacción vital, aunque la diferencia no es significativa. Así mismo, como Videra-García y Reigal-Garrido (2013) expresan, no hay diferencias significativas entre los adolescentes en función del sexo respecto a la satisfacción vital, sin embargo, las mujeres adolescentes le otorgan mayor importancia al atractivo físico, lo que podría ser una posible causa de insatisfacción. Esta afirmación concuerda con los resultados del presente estudio, en donde se evidencia una mayor satisfacción vital en los hombres adolescentes. Los niveles menores de satisfacción vital en las adolescentes se podría explicar también, ya que la sociedad exige más de ellas, el machismo de la misma impone más roles y mayor control en sus hogares, por lo que las chicas se preocupan más por los cambios que ocurren en sus cuerpos, por lo que se espera de ellas y por lo que el resto piensa de ellas. No obstante, en general el grupo se encuentra satisfecho con su vida, aunque existen áreas en las que perciben una necesidad de mejoramiento.

Con respecto a la personalidad "A", representada por tendencia a la competitividad, necesidad de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, y que se ha encontrado asociada con problemas de salud, los resultados generales muestran niveles por sobre la media, considerándose como variable de riesgo. De acuerdo a los resultados por género, las mujeres muestran una puntuación mayor que los hombres. Recientes estudios con relación al estrés y la personalidad A concluyen que hay una mayor reactividad psicofisiológica en sujetos con personalidad tipo A y que las mujeres tienen rangos de estrés superiores a los hombres (Montemayor V. & González A., 2014). Por tanto, es posible contrastar la información bibliográfica con la del presente estudio, en donde las mujeres exhiben mayor tendencia a la personalidad A ya que poseen mayores niveles de estrés y presentan más impaciencia, preocupaciones, autoexigencia y competitividad, lo que lleva a considerar a la personalidad A como una variable psicológica de riesgo que supondría mayor vulnerabilidad al estrés. No obstante, cabe recalcar que el test aplicado de personalidad "A" incluye reactivos que actualmente son valorados como positivos no solamente por la

sociedad, sino académicamente, como el hecho de tener un deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas. Así también, otros reactivos se refieren a exigencias académicas que en la actualidad obligan al estudiante a llevar tareas a la casa o a preocuparse alguna vez por su rendimiento académico, por lo que no sorprende una mayor tendencia hacia este tipo de personalidad en los resultados generales.

El apoyo social es una variable evaluada a través de la sensación subjetiva de soledad, entendida como la percepción de menor disponibilidad de relaciones significativas de las deseadas, especialmente referidas al soporte emocional. Dado el elevado puntaje que demuestran los alumnos, esta variable es considerada como de riesgo. De acuerdo a Carvajal-Carrascal y Caro-Castillo (2009), la soledad durante la adolescencia es un elemento esperable ya que es una fase de cambios en cuanto a las relaciones con los demás en donde se desarrollan expectativas emocionales que no siempre se cumplen. Además existe un despliegue en la autopercepción en cuanto a la formación de valores y creencias que no coinciden con la realidad deseada. Así, los resultados de la investigación concuerdan con la literatura en donde se evidencia que los jóvenes perciben una alta sensación subjetiva de soledad que por tanto, supone al apoyo social como una variable de riesgo.

Al relacionar las variables de los resultados generales de los adolescentes se determina que a menor estrés, menor ansiedad y depresión, mayor resiliencia, mayor flexibilidad psicológica a través de estilos de afrontamiento y menor consumo de sustancias. No obstante, los resultados evidencian que a pesar de lo anteriormente expresado, los estudiantes presentan mayor tendencia al tipo de personalidad A y a su vez, menor sensación de apoyo social, siendo neutral su nivel general de satisfacción vital.

Todas las variables analizadas parecen ser contradictorias al relacionarlas con los altos niveles de tendencia a la personalidad A y la alta sensación subjetiva de soledad que obtuvieron los adolescentes en la presente investigación. Esto se explica por la naturaleza del test de personalidad, los reactivos enfocados en el rendimiento académico y expectativas de superación evaluadas como positivas en la sociedad actual. El estilo de afrontamiento adecuado y la resiliencia de los estudiantes han logrado mantener bajos sus niveles de estrés, aunque su tendencia a la personalidad sea alta. Con respecto al apoyo social, se determina que a pesar de ser una variable de riesgo, es claro que aquellas variables definidas como protectoras han logrado minimizar el impacto de causa o consecuencia de la sensación subjetiva de soledad en los alumnos. Así con variables de riesgo y de protección se obtiene una satisfacción vital neutral.

CONCLUSIONES

Para los estudiantes de primer y segundo año de bachillerato de la zona de Pichincha, circuito 17D09C03_04, distrito 17D09 se determinan como variables de protección asociadas a la salud mental, en orden de relevancia para la muestra: el bajo consumo de sustancias, la ausencia de síntomas de depresión y ansiedad asociadas al deterioro social, la baja percepción de estrés, estilos de afrontamiento apropiados e importantes niveles de resiliencia. Su percepción de satisfacción vital es neutral. Se evidencian igualmente en orden de importancia, a la sensación subjetiva de soledad y la personalidad tipo A como variables de riesgo para la salud mental de los jóvenes y por tanto, predictores del consumo problemático de sustancias.

Los resultados de la investigación realizada demuestran que el consumo problemático de drogas y alcohol en los estudiantes se evalúa con una puntuación baja con un nivel de 1 tanto para hombres como para mujeres. Existe un consumo prudente de alcohol en su mayoría (74%), un bajo consumo de riesgo (24%), un muy bajo consumo perjudicial (2%) y no existen casos para el síndrome de dependencia. En cuanto al consumo de sustancias, las mujeres no muestran diferencias significativas con los hombres, aunque éstos últimos presentan un ligero mayor consumo que las adolescentes. Cabe recalcar el nulo consumo de otras drogas a excepción del alcohol, tabaco y marihuana que algunos jóvenes admiten haber consumido.

Los alumnos no presentan síntomas importantes de depresión ni ansiedad, siendo esta una de las variables de protección más representativas, junto con el bajo consumo de sustancias. Sin embargo, se puede comprobar una diferencia de género en donde las chicas evidencian más síntomas de depresión y ansiedad que los chicos. La variable estrés psicológico no presenta riesgos para la muestra en términos generales, no obstante, el análisis por género demuestra que para las mujeres el estrés representa una variable de riesgo mientras que para los hombres, es una variable de protección.

Los adolescentes manifiestan apropiados estilos de afrontamiento a través de la flexibilidad psicológica, empero los niveles en hombres son ligeramente mayores que en mujeres. Los participantes muestran una considerable capacidad de resiliencia, la cual es la misma, tanto para hombres como para mujeres. La variable de satisfacción vital se considera como neutra para el grupo, sin embargo específicamente para las mujeres esta evidencia ser una variable de riesgo y para los hombres una variable de protección.

La variable de riesgo con mayores niveles, está representada por el apoyo social, evaluada a través de la sensación subjetiva de soledad, con iguales valores para ambos sexos. Otra variable de riesgo es la tendencia a la personalidad A que muestra ser una variable de riesgo para los participantes, en donde las estudiantes muestran niveles ligeramente mayores.

La descripción y el análisis de resultados de las variables asociadas a la salud mental permiten expresar que los jóvenes participantes cuentan con mejores estrategias de afrontamiento e indicadores de salud mental que las adolescentes.

Los bajos niveles de estrés, alta flexibilidad psicológica, resiliencia y muy pocos síntomas de depresión y ansiedad son elementos importantes con los que se puede trabajar al momento de implementar programas de prevención de consumo de drogas, designando liderazgos y emprendiendo modelos en los que se potencien y mantengan las variables protectoras que han sido evidenciadas en la presente investigación.

Desde una perspectiva general, se concluye que para las variables asociadas a la salud mental, los estudiantes adolescentes evaluados presentan rangos en donde los valores obtenidos no se alejan significativamente de la media, salvo en ciertas variables de protección, lo que indica que los jóvenes gozan de una salud mental satisfactoria con ciertas áreas en donde se requiere refuerzo.

RECOMENDACIONES

A partir de la identificación de variables protectoras y de riesgo, es importante que la institución reconozca las mismas como tales, con el fin de que se apodere de sus significados, características e implicaciones para de esta manera y a través de herramientas, lograr minimizar aquellas que afecten la salud mental de los adolescentes y potenciar aquellas que la promuevan.

Siendo la personalidad tipo A un elemento psicosocial que afecta la salud mental de los jóvenes, se invita al colegio a la realización de talleres en los que los adolescentes sean instruidos en el manejo de estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo, actividades, información, distanciamiento, planificación y solución de problemas, autocontrol, reevaluación positiva con ejemplos vivenciales y reales para la promoción de una vida sana.

Se recomienda a la institución educativa la integración de actividades que impliquen el desarrollo de relaciones entre los estudiantes y el trabajo en conjunto con la familia con el objetivo de aliviar la sensación subjetiva de soledad y aumentar el apoyo social. El fomento de actividades que promuevan la comunicación familiar representa un estimulante que puede elevar la sensación de felicidad de los jóvenes. Adicionalmente se alienta al impulso de la actividad física en los estudiantes con el fin de promover a través de ella la salud física y mental de los adolescentes.

Realizar campañas de prevención que mantengan a los estudiantes informados y conscientes acerca de las consecuencias del alcohol, tabaco y otras drogas. En este mismo ámbito se alienta al colegio a brindar educación parental donde se aborde el mismo tema, con el fin de lograr un trabajo conjunto en miras a prevenir el consumo problemático de sustancias psicoactivas en los jóvenes y retrasar el primer consumo de drogas en adolescentes. El consumo de marihuana no debe ser tomado a la ligera ya que como droga “puente”, puede conducir al consumo de otras sustancias más perjudiciales para la salud.

Con el fin de aumentar los niveles de satisfacción vital de los adolescentes se alienta a profundizar a un nivel personalizado con cada individuo, en los aspectos que la determinan, resaltando aquellos elementos específicos que requieran mayor atención, cambio o mejora para el logro de una óptima satisfacción vital. Este trabajo deberá realizarse elaborando un plan de trabajo con cada estudiante y puede realizarse con la ayuda de un psicólogo que realice una evaluación a los estudiantes. A través del mejor conocimiento de los alumnos se logrará desarrollar una motivación en los jóvenes que aumente los niveles de satisfacción vital y logre la deseada salud mental.

Se recomienda a la UTPL la socialización de la presente investigación y sus resultados con otras instituciones con el fin de lograr un enriquecimiento mutuo y a partir de esta desarrollar

nuevos proyectos de investigación de donde se multipliquen acciones que beneficien a los adolescentes de nuestro país.

A futuros tesisistas se los exhorta a la investigación de la salud mental de los adolescentes y variables adicionales relacionadas, como comunicación, manejo de redes sociales, autoestima, presión de los pares, entre otras, para estudios futuros que reflejen la realidad de los adolescentes en un mundo moderno y globalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*(2), 33-41. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam072e.pdf>
- Almagro, B. J., Sáenz-López, P., González-Cutre, D., & Moreno-Murcia, J. A. (2011). Clima motivacional percibido, necesidades psicológicas y motivación intrínseca como predictores del compromiso deportivo en adolescentes. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 7*(25), 250-265. Obtenido de <http://www.cafyd.com/REVISTA/02501.pdf>
- APA, A. P. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ta ed.). Arlington, VA, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- Barra A., E., Cerna C., R., Kramm M., D., & Véliz V., V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica, 24*(1), 55-61. Obtenido de <http://old.teps.cl/wp-content/uploads/2014/09/2006-24-01-061.pdf>
- Barra Almagiá, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud, 14*(2), 237-243. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>
- Bermeasolo Beltrán, J. (2010). *Psicopedagogía de la diversidad en el aula*. . México: Alfa Omega Editor SA de CV.
- Bermúdez Moreno, J., Pérez-García, A. M., Ruiz Caballero, J. A., Sanjuán Suárez , P., & Rueda Laffond, B. (2012). *Psicología de la personalidad*. Editorial UNED. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=dMsizzGLqB0C&pg=PT445&lpg=PT445&dq=Cheng+y+Cheung+\(2005\)+flexibilidad+psicol%C3%B3gica&source=bl&ots=DaYrdi4HWL&sig=5icaOrSEegBiBQzB9jpVCspgeag&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVC hMlyY73pNjlyAIViFoeCh2IMQcm#v=onepage&q&f=fal](https://books.google.com.ec/books?id=dMsizzGLqB0C&pg=PT445&lpg=PT445&dq=Cheng+y+Cheung+(2005)+flexibilidad+psicol%C3%B3gica&source=bl&ots=DaYrdi4HWL&sig=5icaOrSEegBiBQzB9jpVCspgeag&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVC hMlyY73pNjlyAIViFoeCh2IMQcm#v=onepage&q&f=fal)
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, 21*(1), 53. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/251/240>
- Carvajal-Carrascal, G., & Caro-Castillo, C. V. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan, 9*(3), 281-296. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a08.pdf>
- CONSEP. (2012). *Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Informe de Investigación*. Ecuador. Obtenido de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-a%C3%B1os.pdf>
- CONSEP. (2013). Guía sobre dependencia de drogas. *Guía sobre dependencia de drogas, 3* – 11.

- CONSEP. (2013). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas del Ecuador*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf
- CONSEP. (2015). *Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas*. Obtenido de Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas: http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?page_id=4531
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. . *Keynote address. Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 1-22. Obtenido de http://www.goodfellowlearning.org.nz/sites/default/files/HEeADSSS/Dahl_Adolescent_brain_development.pdf
- Díaz Acosta, G. (2007). Evaluación de características específicas de la personalidad en diferentes trastornos físicos. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 173-176. doi:http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Investigacion_Psicologia/v10_n1/pdf/a11.pdf
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacon-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. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-752. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11.pdf>
- Flannery, D. (2009). RESILIENCIA Otra vida es posible. Obtenido de <https://www.kennedy.edu.ar/DocsDep18/Psicolog%C3%ADa%20Preventiva/Resiliencia%20-%20Otra%20vida%20es%20posible.pdf>
- García, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a07.pdf>
- Gómez-Fraguela, J., Fernández Pérez, N., Romero Tríñanes, E., & Luengo Martín, Á. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20(2), 211-217. Obtenido de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8644/8508>
- Guadalupe, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- Guillén, R. R. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. . *Rev Lat Am Enfermagem*, 18, 598-605. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a16v18nspe.pdf>
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. *Guilford Press*. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=5_xAm0VF4X8C&oi=fnd&pg=PR1&dq=Hayes,+S.+C.,+Strosahl,+K.+D.,+%2526+Wilson,+K.+G.+%282011%29.+Acce

ptance+and+commitment+therapy:+The+process+and+practice+of+mindful+change.
+Guilford+Press,+New+York.&ots=mobMaW

- Hidalgo Vicario, M. I., & Redondo Romero, A. M. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*, 9(2), 137-155. Obtenido de <http://www.culturadelalegalidad.org.mx/recursos/Contenidos/Infanciayadolescencia/documentos/Consumo%20de%20drogas%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Whelan, G., Calafat, A., Juan, M., & Blay, N. (2009). Alcohol, drogas, sexo y violencia: riesgos y consecuencias para la salud entre los jóvenes turistas británicos en las Islas Baleares. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 21(4), 265-278. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/219/210>
- Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. . *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 129. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024/3878>
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., . . . García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/26485644_Factores_psicosociales_relacionados_con_el_consumo_de_alcohol_y_tabaco_en_adolescentes_espanoles
- Jiménez Figueroa, A. &. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. . *Universum*, 23(1), 116-133. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762008000100007&script=sci_artt
- Junta de Andalucía . (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>
- Kail, R., & Cavanaugh, J. C. (2008). *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. Cengage Learning Editores.
- Kashdan, T. B. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878. Obtenido de [http://uweb.cas.usf.edu/mood/docs/Kashdan%20%26%20Rottenberg%20\(2010\)%20Psychological%20flexibility%20CPR.pdf](http://uweb.cas.usf.edu/mood/docs/Kashdan%20%26%20Rottenberg%20(2010)%20Psychological%20flexibility%20CPR.pdf)
- López, E. E., Pérez, S. M., Ochoa, G. M., & Ruiz, D. M. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista mexicana de psicología*, 25(1), 119-128. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016300009>
- Madariaga , J. (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Barcelona: Gedisa. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=UCsIBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT25&dq=Madariaga,+J.+M.+\(2014\).+Nuevas+miradas+sobre+la+resiliencia.+Editorial+G+EDISA.&ots=IGKhp-_aXg&sig=gtcdEswSh1luhAvj-wxejQLDx20#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=UCsIBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT25&dq=Madariaga,+J.+M.+(2014).+Nuevas+miradas+sobre+la+resiliencia.+Editorial+G+EDISA.&ots=IGKhp-_aXg&sig=gtcdEswSh1luhAvj-wxejQLDx20#v=onepage&q&f=false)

- Matthews, K. A., & Siegel, J. M. (2013). The Type A behavior pattern in children and adolescents: Assessment, development, and associated coronary risk. En S. J. Baum Andrew, *Handbook of psychology and health* (Vol. 2, págs. 99-116). New Jersey, USA: Laurence Erlbaum Associates, Inc. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=sTGf0yfDcw0C&oi=fnd&pg=PA99&dq=Type+A+behavior+scale&ots=a3l36RKHDF&sig=tkXPC9gb4s65NGVbHHbakx41Dj8#v=onepage&q=Type%20A%20behavior%20scale&f=false>
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2007). *Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía sobre drogas*. Obtenido de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
- Montemayor V., M. P., & González A., E. A. (2014). Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos. *Psicología y Salud*, 16(1), 79-85. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/795/1442>
- Morduchowicz, R., Marcon, A., Sylvestre, V., & Ballestrini, F. (2010). Los adolescentes y las redes sociales. Obtenido de <http://www.me.gov.ar/escuelaymedios/material/redes.pdf>.
- Moreno – Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., & Gálvez Herrer, M. (2005). Personalidad positiva y salud. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 59-76. Obtenido de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>
- Muñoz Calvo, M., & Pozo Román, J. (2011). Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría Integral*, 15, 507-518. Obtenido de <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-6.pdf#page=8>
- OMS. (2007). *Organización mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental?* Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Depresión*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Salud Mental*. Obtenido de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Pereira M., G. S., & Galaz M., M. F. (2014). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*. 15(2), 221-230. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/806>
- Real Academia de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Planeta Publishing.

- Reina, M., Oliva, A., & Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. Obtenido de <http://www.psyse.org/articulos/Reina%20et%20Al.pdf>
- Rodríguez Rossi, R. O. (ago de 2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación en salud*, 7(2), 110. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053f.pdf>
- Román Collazo, C. A., & Hernández Rodríguez, Y. (junio de 2011). El estrés académico: una revisión crítica del concepto desde las ciencias de la educación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 3-5. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi112a.pdf>
- Tapert, S. (2007). *Consumo de alcohol en adolescentes: efectos sobre el cerebro. Documento presentado en el Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores.* Obtenido de <http://www.drogasextremadura.com/archivos/Alcohol-y-desarrollo-cerebral-en-adolescentes.pdf>
- Taylor, A., & Fox, K. (2005). Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over nine months. *Health Psychology*, 24(1), 11-21. Obtenido de <http://psycnet.apa.org/journals/hea/24/1/11/>
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30(2), 78. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>
- Vera Poseck, B., Begoña, C., & Vecina Jiménez, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento post-traumático. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1283>
- Videra-García, A., & Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-14. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100017
- Vinaccia, S. G., Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C., & Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Child Depression Inventory"-CDI. *Diversitas*, 2(2), 217-227. Obtenido de http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_4/vol.2no.2/articulo_3.pdf

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Lunes 4 de mayo del 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Visita, primer acercamiento con la rectora del Colegio Prof. Pedro Echeverría Terán. - Aprobación de la investigación 				
Del miércoles 27 al jueves 28 de mayo del 2015	- Lectura y comprensión del manual de aplicación del proyecto				
Viernes 29 de mayo del 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de carta de presentación para los rectores de las instituciones. - Solicitud de lista de estudiantes de los cursos que participaran en el proyecto. 				
Viernes 5 de junio del 2015	- Entrega de cartas de consentimiento informado para los padres y/o representantes de los estudiantes en día de entrega de notas y recepción de cartas de consentimiento el mismo día.				
Viernes 12 de junio del 2015	- Aplicación de instrumentos.				
Del sábado 27 de junio al viernes 10 de julio del 2015	- Ingreso de datos del Programa Nacional de Investigación a la matriz emitida por el grupo de la investigación del Departamento de Psicología de la UTPL.				
viernes 10 de julio del 2015	- Envío de la matriz al grupo de investigación				
Actividades	Día	Hora		Año de bachillerato	Paralelo
		Inicio	Fin		
Presentación y socialización del proyecto	Viernes 12 de junio, 2015	08:45 am	08:50 am	Primero	D
Instrucciones sobre cómo completar la batería		08:50 am	09:00 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		09:00 am	09:45 am		
Presentación y socialización del proyecto		09:50 am	10:00 am	Segundo	C
Instrucciones sobre cómo completar la batería		10:00 am	10:10 am		

Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización	Viernes 12 de junio, 2015	10:10 am	10:55 am		
--	---------------------------	----------	----------	--	--

N°	MESES	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1.	Del 05 al 20 octubre de 2015	Culminación de redacción del apartado marco teórico, por parte del Tesista.	Tesista
2.	21 octubre de 2015	Envío del marco teórico al director de tesis (correo electrónico).	Tesista
3.	Del 22 al 30 octubre de 2015	Revisión del marco teórico por parte del Director de Tesis.	Director de tesis
4.	30 noviembre de 2015	Devolución de observaciones del marco teórico por parte del Director de Tesis.	Director de tesis
5.	30 noviembre de 2015	Entrega del informe de revisión y avance del apartado marco teórico al equipo de gestión, por parte del director de tesis.	Director de tesis y Equipo de Gestión
6.	Del 21 Octubre al 02 noviembre de 2015	Elaboración del apartado metodología, por parte del Tesista.	Tesista
7.	03 noviembre de 2015	Envío de metodología al Director de Tesis (correo electrónico).	Tesista
8.	Del 03 al 09 noviembre de 2015	Correcciones del apartado marco teórico por parte del Tesista.	Tesista
9.	Del 04 al 12 noviembre de 2015	Revisión del apartado metodología por parte del Director de Tesis.	Director de tesis
10.	13 noviembre de 2015	Devolución de observaciones del marco teórico por parte del Director de Tesis.	Director de tesis
11.	13 noviembre de 2015	Entrega del informe de revisión y avance del apartado metodología al equipo de gestión, por parte del Director de Tesis.	Director de tesis y Equipo de Gestión
12.	Del 10 al 30 noviembre de 2015	Elaboración del apartado análisis de datos, por parte del tesista.	Tesista
13.	01 diciembre de 2015	Envío del apartado análisis de datos al Director de Tesis (correo electrónico).	Tesista
14.	Del 01 al 08 Diciembre de 2015	Correcciones del apartado metodología por parte del Tesista.	Tesista

15.	Del 01 al 10 diciembre de 2015	Revisión del apartado análisis de datos por parte del Director de tesis.	Director de tesis
16.	11 diciembre de 2015	Devolución de observaciones del apartado análisis de datos por parte del Director de tesis.	Director de tesis
17.	11 diciembre de 2015	Entrega del informe de revisión y avance del apartado análisis de datos al equipo de gestión, por parte del Director de Tesis.	Director de tesis y Equipo de Gestión
18.	Del 09 al 28 diciembre de 2015	Redacción de los apartados: discusión, conclusiones y recomendaciones, por parte del Tesista.	Tesista
19.	29 diciembre de 2015	Envío del apartado discusión, conclusiones y recomendaciones, al Director de Tesis (correo electrónico).	Tesista
20.	Del 30 diciembre de 2015 al 07 enero de 2016	Correcciones del apartado análisis de datos, por parte del tesista.	Tesista
21.	Del 08 al 13 de enero de 2016	Elaboración de hojas preliminares: resumen, introducción, agradecimiento, dedicatoria.	Tesista
22.	Del 04 al 13 enero de 2016	Revisión del apartado discusión, conclusiones y recomendaciones, por parte del Director de Tesis.	Director de tesis
23.	14 enero de 2016	Devolución de observaciones del apartado discusión, conclusiones y recomendaciones, por parte del Director de Tesis.	Director de tesis
24.	14 enero de 2016	Entrega del informe de revisión y avance del apartado discusión, conclusiones y recomendaciones al equipo de gestión, por parte del director de tesis.	Director de tesis y Equipo de Gestión
25.	Del 14 al 28 de enero de 2016	Correcciones los apartados: discusión conclusiones y recomendaciones, por parte del Tesista.	Tesista
26.	29 de enero de 2016	Impresión y anillado de un borrador de tesis	Tesista
27.	30 y 31 enero de 2016	Jornada presencial de asesoría para revisión de borrador de tesis en los centros asociados y evaluación del informe de titulación.	Director de tesis y tesista
28.	02 febrero de 2016	Entrega del informe de revisión del borrador de tesis al equipo de gestión, por parte de los Directores de Tesis.	Director de tesis y Equipo de Gestión
29.	Del 01 al 21 febrero de 2016	Correcciones del borrador de tesis, por parte del tesista.	Tesistas

30.	Del 22 y 23 de febrero de 2016	Envío de tres anillados del trabajo de titulación al Centro Loja desde los Centros Universitarios del País.	Tesistas
31.	Del 29 febrero al 11 marzo de 2016	Revisión de los tribunales	Tribunales de calificación
32.	Del 12 al 25 marzo de 2016	Elaboración de cambios, entrega de tesis a la biblioteca, preparación para la disertación del grado.	Tesistas
33.	Fecha por confirmar	Sustentación e Incorporación	Autoridades, Docentes, Directores y Tesistas.

ANEXO 2

CARTA AL RECTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN Y DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Señor/ra Mónica Barba

RECTOR: Colegio Prof. Pedro Echeverría Terán

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

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

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


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


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

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

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

Atentamente,


Mgtr. Marina del Rocío Romero
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA


Mgs. Jhan Espinoza Iniguez
COORDINADOR DE LA TITULACIÓN
DE PSICOLOGÍA

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: Quito

Yo, Mónica Patricia Jorjano, en calidad de Rector del colegio Prof. "Pedro Echeverría Borchi" de la ciudad de Quito 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. Mónica Patricia Jorjano



Fecha: 12. Junio 2015.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REPRESENTANTES



**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: lilandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

Firma del investigador: _____

Ci: _____

Ci: _____

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL

Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, lilandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.

Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallagos

Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez

Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guevara S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

ANEXO 5

ASENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIANTES



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

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

ASENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

Contactarse: Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrada@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 "Si quiero participar" y escribe tu nombre.

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

Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma del investigador:

Fecha: _____

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL.

Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrada@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.

Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallegos

Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez

Equipo Investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guevara S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

ANEXO 6

BATERÍA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS



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: _____
Las declaraciones he enunciadas, 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"/> Funcional	<input type="checkbox"/> Particular				
7. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado / Divorciado	Otros _____			
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 <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____			
11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?	_____						
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?	_____						
15. En la relación con su actividad física la mayor parte de los días, fuera del establecimiento.	<input type="checkbox"/> Es inferior a 30 minutos al día	<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de intensidad moderada (el caminar a paso ligero, bailar, tareas domésticas...)	<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de intensidad alta (ej. salir a correr, salir a la montaña, saltar en bicicleta, aerobis, natación, practicar deportes competitivos...)				
16. En la relación a la mayor parte de los días ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No, pero considero mi dieta, en general, saludable.	<input type="checkbox"/> No, y considero que mi dieta, en general no es saludable.				
17. ¿Le han recetado algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				
18. ¿Cuántos días se ha ausentado de clases en el último año por motivos de salud?	_____						
19. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos/arteriales	<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"/> Insuflación de los frenos en el auto	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria (asma o bronquitis)
	<input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de atención o memoria	<input type="checkbox"/> Hipercactividad TDAH	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Otras
	<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		
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?							

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"/> Raramente 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"/> Raramente 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"/> Raramente 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"/> Raramente 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"/> Raramente 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"/> Raramente 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"/> Raramente 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"/> 5 a 6 veces al mes	<input type="checkbox"/> 7, 8 o 9 veces al mes	<input type="checkbox"/> 10 o más veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana
2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe?	<input type="checkbox"/> 1 o 2	<input type="checkbox"/> 3 o 4	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.	<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"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.	<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"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.	<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"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.	<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 emborracharse el día anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.	<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"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.	<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"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.	<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"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bastante bien	<input type="checkbox"/> En parte	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> Si, pero no en el curso del 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"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> Si, pero no en el curso del 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"/> Niela
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"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Alguna vez se siente molesto al esperar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

1. ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. ¿Con qué frecuencia sientes que no hay nadie que puedas pedir ayuda?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. ¿Con qué frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. ¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. ¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. ¿Con qué frecuencia sientes que tus intereses e ideas no son compartidos por quienes te rodean?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. ¿Con qué frecuencia sientes que eres una persona social 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 persona s 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. Suelo 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, hachís, 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 (oca, 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 (heroina, 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)	(5)	Neutral	(6)	(7)	(8)	(9)	Completamente satisfecho (10)
--------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	---------	-----	-----	-----	-----	-------------------------------

ANEXO 7

OFICIO DE ENTREGA AL COLEGIO



OFICIO DE ENTREGA

Quito, febrero del 2016

Sra. Mgtr.
Mónica Barba
Rectora del Colegio Prof. Pedro Echeverría Terán

Por medio del presente me permito realizar la entrega del informe de resultados del estudio investigativo del que una muestra de estudiantes de su prestigiosa institución fue partícipe, denominado: "Análisis de variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015".

El propósito de la misma fue identificar los factores psicosociales asociados a la salud mental, personalidad, apoyo social, estilos de afrontamiento, para conocer indicadores de bienestar de los estudiantes, así como el consumo de sustancias. Como es de su conocimiento, el estudio se realizó a través de la recolección de información gracias a la aplicación de una batería de instrumentos psicológicos que los alumnos llenaron voluntariamente y con la debida autorización de sus representantes.

Considerando que los resultados pueden ser propicios para realizar proyectos que beneficien a la comunidad educativa, ponemos en sus manos el presente informe para el uso asertivo del mismo.

Por su gentil apoyo a la ejecución del proyecto, dejamos constancia de nuestra estima y respeto.

Atentamente,


Verónica Darquea
Tesisista UTPL



Carrera: Psicología General


Dra. Reina Mestanza Mgtr.
Directora UTPL