



UNIVERSIDAD PARTICULAR TÉCNICA DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 9, distrito 17D09 circuito 17D09C03_04 del Ecuador 2015.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Delgado Pabón Cecilia Marité

DIRECTORA: Mgtr. Andrade Quishpe Livia Isabel

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Andrade Quishpe Livia Isabel.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo 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 Delgado Pabón Cecilia Marité, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

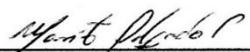
Loja, marzo del 2016.

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Delgado Pabón Cecilia Marité, declaro ser autor (a) 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, siendo Livia Isabel Andrade Quishpe, director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.  _____

Autor: Delgado Pabón Cecilia Marité

Cédula o pasaporte: 2475615

DEDICATORIA.

A mis cuatro luces, los que iluminan mis días más felices
y mis noches turbulentas...
son mi gran inspiración y fuerza,
mi compañero de vida Vittorio,
mis tres princesas Sofía, Luciana y Valentina.

AGRADECIMIENTO.

“Si Dios te ha dado la bendición de tener un hijo, tiembla...
porque además de ser su padre y en algunos casos su amigo,
principalmente serás su ejemplo”.

(Anónimo).

Gracias Dios mío por guiarme y bendecirme cada día...

Gracias vida mía Vittorio, por tu esfuerzo y paciencia al acompañarme estos años, por alentarme y confiar siempre en mí.

Gracias Sofi, por desafiarme y sentir que debo aprender mucho todavía para merecer ser tu madre y guía.

Gracias Lu, por tu ayuda incondicional y animarme a aprender cada día de tu dulzura, paciencia y perseverancia.

Gracias Vale, por mostrarme que, siendo valientes, alegres y entusiastas, es cómo podemos alcanzar nuestros sueños.

Gracias a mis padres Ingrid y Eduardo, su amor incondicional y su ejemplo, fueron y serán mis metas a seguir.

Gracias a toda mi familia, hermanos, suegros, cuñados, primos, sobrinos, amigos, son parte de mi inspiración y lo que me lleva a ser mejor persona cada día.

Gracias Chicho, porque con la falta que nos haces, nos hiciste dar cuenta de lo importante que es soñar con cosas grandes.

Gracias Vero, tu apoyo, nuestras noches eternas de trabajo y todo lo que aprendí de ti, son piedras fundamentales en este proyecto de vida.

Gracias amigas Margarita, Lina y Claudia, por su ayuda incondicional y por creer siempre en mí.

Gracias a la Universidad Técnica Particular de Loja, a mis maestros, compañeros y en especial a mi directora de tesis Mgtr. Livia Andrade.

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	8
1.1.2.3. Apoyo Social	9
1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica	11
1.1.2.5. Compromiso vital	12
1.1.2.6. Resiliencia	13
1.1.2.7. Ansiedad y depresión	14
1.1.2.8. Satisfacción vital	16
1.2. Consumo de drogas	17
1.2.1. Consumo problemático de drogas	17
1.2.2. Consumo problemático de alcohol	21
1.2.3. Causas del consumo de drogas	22
1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas	24
1.3. Adolescentes	30
1.3.1. Desarrollo biológico	30
1.3.2. Desarrollo social	32
1.3.3. Desarrollo psicológico	34

Capítulo II: Metodología	36
2.1. Objetivos	37
2.1.1. General	37
2.1.2. Específicos	37
2.2. Preguntas de investigación	37
2.3. Diseño de la investigación	37
2.4. Contexto	38
2.5. Población	39
2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	40
2.6.1 Métodos	40
2.6.2. Técnicas	40
2.6.2.1. Batería de instrumentos psicológicos	40
2.6.2.2. Técnicas de investigación bibliográfica	42
2.7. Procedimiento	42
2.8. Recursos	43
Capítulo III: Análisis y discusión de los resultados	45
Análisis de los resultados	46
3.1. Datos psicosociales	46
3.2. Análisis de los resultados generales	48
3.3. Análisis de los resultados respecto al género femenino	57
3.4. Análisis de los resultados respecto al género masculino	66
Discusión	77
Conclusiones	83
Recomendaciones	85
Referencias bibliográficas	87
Anexos	93

ÍNDICE DE TABLAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Tabla 1. Recursos económicos	44
Tabla 2. Frecuencia de estrés percibido	49
Tabla 3. Frecuencia de estilos de afrontamiento (flexibilidad e inflexibilidad psicológica)	50
Tabla 4. Frecuencia de consumo de alcohol	50
Tabla 5. Frecuencia de tipo de personalidad	52
Tabla 6. Frecuencia de apoyo social	53
Tabla 7. Frecuencia de resiliencia	54
Tabla 8. Porcentajes de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	55
Tabla 9. Frecuencia de depresión y ansiedad	56
Tabla 10. Frecuencia de satisfacción vital	56
Tabla 11. Frecuencia de estrés percibido. Género femenino	58
Tabla 12. Frecuencia de estilos de afrontamiento (flexibilidad e inflexibilidad psicológica). Género femenino	59
Tabla 13. Frecuencia de consumo de alcohol. Género femenino	59
Tabla 14. Frecuencia de tipo de personalidad. Género femenino	61
Tabla 15. Frecuencia de apoyo social. Género Femenino	62
Tabla 16. Frecuencia de resiliencia. Género femenino	63
Tabla 17. Porcentajes de consumo de alcohol, Tabaco y otras drogas. Género femenino	64
Tabla 18. Frecuencia de depresión y ansiedad. Género femenino	65
Tabla 19. Frecuencia de satisfacción vital. Género femenino	66
Tabla 20. Frecuencia de estrés percibido. Género masculino	67
Tabla 21. Frecuencia de estilos de afrontamiento (flexibilidad e inflexibilidad psicológica). Género masculino	68
Tabla 22. Porcentajes de consumo de alcohol. Género masculino	69

Tabla 23. Frecuencia de tipo de personalidad. Género masculino	70
Tabla 24. Frecuencia de apoyo social. Género masculino	71
Tabla 25. Frecuencia de resiliencia. Género masculino	72
Tabla 26. Frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Género masculino	73
Tabla 27. Porcentajes de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Género masculino	74
Tabla 28. Frecuencia de depresión y ansiedad. Género masculino	75
Tabla 29. Frecuencia de satisfacción vital. Género masculino	76

ÍNDICE DE FIGURAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Figura 1. Género de los participantes	46
Figura 2. Edad de los participantes	46
Figura 3. Año de bachillerato	47
Figura 4. Batería con resultados estandarizados	48
Figura 5. Test de AUDIT	51
Figura 6. Batería con resultados estandarizados. Género femenino	57
Figura 7. Porcentajes test AUDIT. Género femenino	60
Figura 8. Batería con resultados estandarizados. Género masculino	66
Figura 9. Porcentajes test AUDIT. Género masculino.	69

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 como objetivo analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental.

El estudio fue de tipo descriptivo, estadístico y transversal, para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta. La muestra investigada fue de 36 estudiantes de primero y segundo de bachillerato.

Los instrumentos utilizados fueron, una batería de 10 instrumentos constituida por: un cuestionario sociodemográfico, estrés PSS-14, estilo de afrontamiento AAQ-7, Type A Behavior Scale, UCLA Loneliness Scale Revised, resiliencia BRS, AUDIT-C, ASSIST, PHQ-9 y satisfacción vital LSQ.

Luego del análisis de datos se llegó a la conclusión, que los adolescentes investigados poseen las siguientes variables de protección, interpretadas con bajos niveles de estrés, flexibilidad psicológica, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, ansiedad-depresión, resiliencia y satisfacción vital. Las variables de riesgo son: altos niveles de tipo de personalidad tipo A y bajo nivel de apoyo social.

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

ABSTRACT.

This research "Analysis of the psychosocial variables associated with mental health in freshmen and sophomore year, of Zone 9, district 17D09 circuit 17D09C03_04 of Ecuador 2015", aimed to analyze the distribution of psychosocial variables associated with substance consumption and mental health.

The study was descriptive, statistical and transversal, to collect data, the survey technique was used. The sample investigated were 36 freshmen and sophomore in high school.

The instruments used were, a battery of 10 instruments that consisted in: a sociodemographic questionnaire PSS-14 stress, coping style AAQ-7, Type A Behavior Scale, Revised UCLA Loneliness Scale, resilience BRS, AUDIT-C, ASSIST, PHQ- LSQ 9 and life satisfaction.

After the data analysis, the conclusion is that the investigated adolescents have the following protection variables, performed with low levels of stress, psychological flexibility, alcohol, other drug use, anxiety-depression, resilience and life satisfaction. The risk variables are: high levels of type A personality and low social support.

Keywords: mental health, adolescents, substance consumption, psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN.

La salud mental es sin duda un amplio tema de investigación hoy en día, abordar el tema desde la óptica de la adolescencia puede ser aún más importante, los cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren en esta etapa de la vida, acompañados de grandes desafíos y la búsqueda de la autonomía, marcan el resto de la vida de las personas, además de asentar las bases para una vida adulta futura. Es también en esta etapa, donde los jóvenes pueden correr el riesgo de consumo de alcohol y drogas, así esta investigación tiene como objetivo analizar la distribución de las variables psicosociales que inciden en el consumo de sustancias y salud mental en adolescentes, para lo cual se ha realizado un amplio análisis en cuanto a la distribución de las mismas, que son consideradas como las más relevantes: el nivel de estrés psicológico y las variables mediadoras correspondientes que tienen impacto en el consumo de sustancias y salud mental, las cuales son: el estilo de afrontamiento, el tipo de personalidad, el apoyo social y la resiliencia. Además, se consideran que las variables indicadoras de criterio de buena salud son: el bajo consumo de sustancias, bajos niveles de ansiedad y depresión, además de una adecuada satisfacción vital.

La presente investigación está constituida por tres capítulos, los mismos que se describe a continuación: el primer capítulo corresponde al marco teórico, donde se detalla toda la investigación bibliográfica en torno a la salud mental, las variables propuestas, el impacto que pueden tener las drogas legales e ilegales en la vida y el desarrollo de los adolescentes en su esfera psicológica, biológica y social. Esta investigación se basa en el aporte de investigadores que han trabajado en el tema, se contrastan sus aportes para concluir con un análisis personal de cada variable investigada.

El segundo capítulo describe la metodología aplicada para el estudio, en torno a los objetivos, las preguntas y el diseño de investigación, el contexto, la población, los métodos aplicados, los procedimientos realizados y los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto.

En el tercer capítulo, se analizan los resultados de la investigación en base a cuadros y tablas estadísticas con los datos que se obtuvieron en el trabajo de campo realizado, los resultados detallados permiten el análisis en cuanto a cantidades y género de cada una de las baterías aplicadas proporcionadas para el presente estudio, que se relacionan con las variables psicosociales de salud mental y consumo problemático de sustancias, además de los indicadores de criterio de salud mental. Con los datos expuestos, se discuten los resultados a partir de la interpretación y la comparación bibliográfica de distintos

investigadores en la temática propuesta que contrasten o corroboren los datos obtenidos, además del aporte personal del investigador.

La presente investigación finaliza con el apartado de las conclusiones que se obtuvieron en base a los objetivos y los datos recabados; y con las recomendaciones para el centro educativo para posibles intervenciones y las futuras investigaciones que puedan realizarse en torno a la temática investigada.

La importancia de la presente investigación radica en la amenaza latente que significan las drogas para la juventud ecuatoriana, por lo cual entender los índices de consumo, las sustancias más consumidas o conocidas y las diferentes estrategias de afrontamiento con las que cuentan los adolescentes para una satisfactoria salud mental, servirá para abordar el tema desde una perspectiva biopsicosocial que ayude a entender, analizar, prevenir y abordar lo referente a esta temática con datos reales y con una base teórica suficiente, además de actualizada. Otro aspecto importante de la presente investigación radica en el análisis realizado a la etapa adolescente en la vida de las personas, así, entender cómo se desarrollan los jóvenes, sus intereses e inconvenientes, además de los datos sociodemográficos, ayudará a trabajar en los aspectos relevantes en cuanto a la salud mental de los mismos, en el contexto en el que se desarrollan actualmente.

Para estos fines, se realizó una investigación de tipo descriptiva, estadística y transversal con una muestra de adolescentes que respondió mediante la técnica de la encuesta, a una batería de 10 instrumentos avalados mundialmente, aclarando y recabando datos fehacientes que fueron analizados para dar respuesta al problema planteado, concluyendo que existen ciertas variables de protección y otras variables de riesgo, para la muestra investigada.

Este estudio pretende ser un aporte para la investigación y las estadísticas disponibles en cuanto al tema de la salud mental y el consumo problemática de sustancias en los adolescentes del Ecuador. La Universidad Técnica Particular de Loja, la institución educativa y demás recursos humanos, permitieron el desarrollo del presente trabajo de titulación con la mayor colaboración posible.

Luego de la realización del estudio, se encontraron ciertas limitaciones en cuanto al número de la muestra utilizada y la gran diferencia en género con la que se trabajó, se recomienda por lo tanto, trabajar con muestras homogéneas que permitan aumentar la confiabilidad de los datos obtenidos. Por otro lado, ampliar el número de variables psicosociales y utilizar cuestionarios de menos reactivos, podría servir para aumentar el alcance de la investigación y para evitar el cansancio de los investigados, en futuros estudios.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO.

1.1. Salud Mental

1.1.1. Definición de salud mental

La Salud Mental abarca una amplia gama de actividades relacionadas con el bienestar mental, parafraseando la definición que da la Organización mundial de la Salud, se refiere a un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; relacionado directamente con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas. Así pues, se caracteriza por ser un estado en el cual la persona es productiva, consciente de sus propias capacidades, capaz de afrontar las tensiones cotidianas de su vida y contribuir a la comunidad. En cuanto a los fondos disponibles para la salud mental, la misma organización refleja que los fondos disponibles para la promoción de salud mental son más limitados que para otras áreas de la salud, de este modo añade, que sería necesario que los países adopten medidas multisectoriales, en las que participen autoridades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales o comunitarias, para enriquecer el estado de salud mental durante todo el ciclo vital; para garantizar a los niños un comienzo de vida saludable, evitar trastornos mentales en la edad adulta y en la vejez, diseñando también estrategias y programas que incluyan a las personas que padecen trastornos mentales en políticas de educación, empleo, salud, protección social y lucha contra la pobreza (OMS, 2012).

En este sentido, resulta importante señalar los principales problemas que enfrenta la salud mental en nuestros días. De acuerdo al informe de la Asamblea Mundial de la Salud del año (2012) encontramos que: debido a la desigualdad de condiciones, ciertos problemas de interacción entre las personas con deficiencias y distintas barreras del entorno, pueden ocasionar dificultades en su participación dentro de la sociedad. De esta manera, mencionan que los trastornos mentales se encuentran dentro de una categoría más amplia que incluye los trastornos neurológicos y los derivados del consumo de sustancias, que son también una causa importante de discapacidad, además que en los países de ingresos bajos y medios, entre el 76% y el 85% de las personas que sufren trastornos mentales graves no reciben tratamiento, y los afectados en países de ingresos altos, se sitúan entre un 35% y un 50% que tampoco cuentan con el debido tratamiento. También se menciona en el informe, que debido a que existe un gran número de trastornos mentales que se pueden prevenir, el sector de salud y otros sectores no pertenecientes a este, pueden promover la salud mental y que además a menudo los trastornos mentales coexisten con otros factores médicos y sociales, como la pobreza, el abuso de sustancias y en el caso de las mujeres y los niños, una mayor exposición a situaciones de violencia y malos tratos en el hogar.

Por otro lado, al analizar la salud mental en adolescentes, se observa en un estudio llevado a cabo por López, Ochoa y Olaizola (2005), que el rol de la comunicación entre padres e hijos y el ajuste escolar, son muy importantes en la salud mental del adolescente. Este estudio concluyó además, que las relaciones familiares tienen influencia directa en ciertos conflictos que pudieran darse, entre los que se puede mencionar a la tendencia a desarrollar síntomas depresivos, ansiedad y estrés, o problemas sociales en la escuela; en este sentido, también exponen que la comunicación en el entorno familiar, puede interferir en el ajuste del contexto escolar. Una tercera conclusión del estudio es que: “la percepción del adolescente de una comunicación positiva y abierta con el padre y/o madre se relaciona positivamente con la autopercepción que tiene de su funcionamiento escolar, lo que a su vez, se asocia negativamente con el malestar psicológico” (Lopez, Ochoa, & Olaizola, 2005, pág. 87).

De acuerdo a lo que mencionan los autores citados, se observa que se brinda una atención a la salud mental en nuestro medio que no es suficiente, falta de recursos y quizá falta de políticas de inclusión, por lo tanto se evidencia la necesidad de atender la salud mental de manera integrada e integral, abordando tanto la prevención como la promoción; integrar y comprometer a las autoridades, servicios médicos y sociedad en general para promover derechos, lucha contra los prejuicios y estereotipos; y principalmente, la consideración profunda de las necesidades de personas con trastornos y sus familias. Es necesario lograr frenar el crecimiento que indica la Asamblea de Salud Mental, de los trastornos mentales utilizando las estrategias anteriormente mencionadas. Por otro lado, es también importante realizar el trabajo con la comunidad y en base a las familias, afianzando lazos profundos e íntegros para que los niños y jóvenes se desarrollen de manera apropiada y puedan gozar de salud plena. Es decir, no solo preocuparnos por el presupuesto, sino también por la salud emocional de las personas para que la salud sea abordada de manera integrada.

Se determina entonces que la salud mental, debe ser abordada de manera integral; tanto en la esfera de salud como bienestar, como en la de salud como sistema integrado; todo esto, rodeado de una auténtica base comunitaria que incluye a autoridades, servicios médicos y a la colectividad considerando a las familias y a todo el entorno de las personas.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental:

1.1.2.1. Personalidad

Según Allport, citado en Llanque Nieto (2014, pág. 95), “personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje y, como cualquier otra palabra abstracta que sufre un uso excesivo, permite un amplio abanico de connotaciones. Prácticamente ninguna otra palabra es más versátil”.

Es así que, desde la perspectiva de Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo (2007, págs. 305-324) se entiende por personalidad normal, a los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales... Esta personalidad normal y saludable se caracteriza por demostrar capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y adaptativa, las percepciones sobre sí mismo y su entorno son de forma fundamentalmente constructiva y que los estilos característicos de su conducta son promotores de salud.

En contraste, parafraseando a los mismos autores Cardenal, Sánchez y Ortiz Tallo (2007), se menciona que la personalidad que sufre de trastornos, afronta responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas; tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes y los patrones de conducta predominantes tienen efectos negativos sobre la salud. De este modo, los trastornos de la personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual.

También es importante considerar los aspectos fundamentales propuestos por Millon citado en Sánchez (2003), donde encontramos que se trata de una perspectiva teórica integradora, sostenida en la insistencia en el continuo normalidad/patología y la incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución. De este modo, según el autor, el actual agrupamiento de los prototipos de personalidad de Millon, es: personalidades con dificultades para el placer: esquizoide, evitativo, depresivo, personalidades con problemas interpersonales: dependiente, histriónico, narcisista, antisocial; personalidades con conflictos intrapsíquicos: sádico, compulsivo, negativista, masoquista; y por último personalidades con déficit estructurales: esquizotípico, límite, paranoide, descompensado.

Por otro lado, la clasificación psiquiátrica de los trastornos de personalidad, ha agrupado en tres grandes grupos a las personalidades y sus trastornos (Gonzalez Ramella & Varela, 2003):

- Cluster A: Extraños, excéntricos. Introversos. Reflejan déficit social y/o ausencia relaciones próximas (Desvinculados - Baja dependencia de recompensa).
- Cluster B: Impulsivos, emocionales, llamativos, erráticos. Suelen mostrarse extravertidos, pero pueden poseer cierta inestabilidad social e interpersonal (Impulsivos - Alta búsqueda de novedad).
- Cluster C: Ansiosos, temerosos. Cuentan con la presencia de conflictos interpersonales e intrapsíquicos (Temerosos - Alta evitación del daño).

Debido a la gran comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los diferentes tipos de personalidad, se ha encontrado que:

Los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al cluster B, concretamente el límite y el antisocial; luego los del cluster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo; y por último los de personalidad del cluster A, destacando el esquizoide”, concluyen los autores Skinstad y Swain (2001) y San (2004), citados en Iglesias y Duran (2006, pág. 1).

Por otro lado, en cuanto al Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), identificado por Rosseman y Friedman en 1961, esta se define, según Díaz (2007, pág. 174), 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 ambiente... Siendo sus características principales 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.

De esta manera, según lo mencionado por los autores, si bien se ha asociado a cierto tipo de personalidad con una tendencia clara hacia el consumo de sustancias, existen evidencias que muestran alertas para atender y prevenir en la salud mental, y sobre todo el consumo de sustancias a personas que muestran tendencias hacia las adicciones y trastornos de la personalidad. Es por esto que, personas que sufren deficits en algún aspecto de sus vidas, están propensos a sufrir trastornos de personalidad. Así, y en contraste con lo que dicen otros autores, se menciona que la personalidad sana y estable muestra estilos claros de adaptación que son eficaces para el medio en el que se desarrolla la persona y se perciben a sí mismos de manera constructiva y satisfactoria, más allá de tener deficits en algún aspecto. Parece válido entonces mencionar, que el tipo de personalidad es un factor relevante que influye en el consumo de sustancias y en la salud mental de las personas a lo largo de la vida. De esta manera se puede observar también que el tipo de personalidad tipo A, incluye aspectos que ponen en riesgo la salud mental y física tales como altos niveles de competitividad, ansiedad ante las metas a lograr, agresividad y hostilidad ante ciertas situaciones, que se deben tomar en cuenta.

1.1.2.2. Estrés

El estrés, es un factor asociado a lo largo de toda la vida de las personas, Selye en el año 1956, citado en Marty, Lavín, Figueroa, Larraín y Cruz (2005, pág. 25), define al estrés como “la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas”.

En este contexto, las tres fases de la reacción general de adaptación al estrés según Selye, citado en Marty et. al (2005, págs. 25-32) son:

Fase A, se refiere a la reacción de alarma y movilización de todas las facultades del organismo... Fase B o fase de adaptación, es la reacción de las facultades orgánicas mejores capacitadas para suprimir el estrés... Fase C, que es el agotamiento de este órgano o función... La sobrecarga de ciertas situaciones percibidas como estresantes y que sobrepasan un esfuerzo corriente pueden desencadenar en enfermedades médicas o psiquiátricas.

Por otro lado, estudios como el de Cusmille (2011) sugieren una visión muy distinta acerca del estrés, los resultados revelan que el estar sometidos a experiencias estresantes o situaciones de crisis, y necesitar un cambio, pueden ser aprovechadas en vías de crecimiento y desarrollo, desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento y resiliencia. Se debe además, distinguir entre el estrés que está relacionado a eventos discretos como por ejemplo, un accidente de carro, de otros que pueden iniciar un proceso de transición de vida como por ejemplo el divorcio de los padres. Estos dos tipos de estresores difieren en el origen al que responden y la duración de tiempo que requieren para ser sobrellevados; los primeros, parecen requerir una reorganización del funcionamiento adaptativo, mientras que los segundos, pueden requerir apoyo para superar el trauma.

Relacionando el factor del estrés y la adolescencia, encontramos que según Calvete y Estevez (2009, pág. 50):

La adolescencia va acompañada de un aumento del estrés vital, ya que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. Las presiones académicas, la imagen corporal, el desarrollo de la identidad sexual, el logro de una creciente autonomía con respecto a los padres y madres, la aceptación por parte del grupo, etc., constituyen, sin duda, fuentes potenciales de estrés en la adolescencia. Especialmente, la adolescencia media... se considera un periodo ‘cumbre’ a lo largo del ciclo vital para la ocurrencia de

acontecimientos vitales estresantes. Como consecuencia, a menudo se experimenta depresión y otras emociones negativas. Esto ha llevado a sugerir que el consumo de alcohol y tabaco y de otras drogas, podrían representar intentos disfuncionales de manejo de estas dificultades de adaptación. Es por ello que se ha asociado el estrés vital como factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes.

De esta manera, según lo citado se observa que el estrés sería una respuesta fisiológica enfocada a adaptarse y ajustarse ante una presión, las cuales pueden deberse a eventos discretos o eventos que inician un proceso de transición; sin embargo, como mencionan los autores, podrían ser fuentes importantes de desarrollo y crecimiento, o desencadenar en enfermedades médicas o psiquiátricas. Por otro lado, la adolescencia que viene acompañada de nuevos retos, obligaciones y cambios, podría acompañarse, además, de gran carga de estrés debido a estos factores, muy determinantes en la salud mental de esta población.

Se puede concluir que si bien el estrés puede provenir de fuentes diversas y desencadenar distintas conductas, se lo debe considerar como una respuesta a una alteración importante en el contexto personal; de modo que pueden también ser importantes fuentes de desarrollo y crecimiento. De este modo, es también importante resaltar, que la fuente del estrés al ser variable, debe enfocarse de manera diversa en ámbitos preventivos, preparando a las personas a un positivo enfrentamiento ante situaciones, en base a sus estilos de afrontamiento y etapas de la vida, considerando que el estrés es un factor que incide en el consumo de sustancias, el mismo que puede darse en un intento disfuncional de manejo ante situaciones de estrés o de adaptación en el transcurso del desarrollo de las personas.

1.1.2.3. Apoyo social.

Esta variable, entendida según Barra, Cerna, Kramm y Veliz (2006, pág. 237), “como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social”. Es también, según Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, citados en Barra et al (2006, pág. 237), “uno de los temas que más se ha investigado por tener relación directa con diferentes aspectos de la persona, su bienestar psicológico y salud física”.

De esta manera, es importante tomar en cuenta las funciones de este factor en la salud mental, mismas que desempeñan un papel significativo al momento de reconocer la calidad de apoyo social de los individuos. En este sentido, Barra, Cerna, Kramm y Vélez, citando a Martín, Sánchez y Sierra (2006, págs. 55-61), señala tres funciones del apoyo social: “la función emocional (confort, cuidado e intimidad), la función informativa (consejos, orientación, etc.) y la tercera función instrumental (disponibilidad de ayuda)”.

Siguiendo esta línea, Barra et al. (2006), describen la manera en que la relación entre el apoyo social que las personas perciben o reciben se relaciona con la capacidad para mantener la salud o lidiar con la enfermedad, desde una perspectiva psicosocial. Según este artículo, el apoyo social afectaría en el funcionamiento fisiológico, al ser un recurso valioso de afrontamiento del estrés, amortiguando sus efectos, además refleja que contribuye a la promoción de conductas saludables y ejerce influencia positiva y ajuste en enfermedades crónicas, otro aspecto importante dentro de este ámbito es el apoyo social entre pares que enfrenten las mismas situaciones.

Sin embargo, un estudio también realizado por Barra et. al (2006), para analizar problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes, llegó a la conclusión de que no existiría relación entre los problemas de salud y el apoyo social percibido, y además señala el hecho de que las estructuras de apoyo social en la adolescencia experimentarían importantes cambios en cuanto a amistades y familiares, sin verse estructuradas completamente, lo cual podría producir inestabilidad en las percepciones de apoyo; característica que podría reflejarse a lo largo de toda la adolescencia, hasta que en la adultez, se consoliden las fuentes de apoyo social verdaderas, ya sea familiares o de amistad.

Además de esto, es válido recapitular el estudio que realizan Jiménez Gutierrez, Musitu y Murgui (2005), que analizan la relación del apoyo social en la conducta delictiva de los adolescentes; arrojando como resultado que cuando se cuenta con el padre como figura de apoyo, esta ejerce como factor de protección disminuyendo de manera constante los riesgos hacia conductas delictivas del hijo, sin embargo, cuando existen problemas de comunicación con la madre, estos se convierten en factores de riesgo, que de forma indirecta, minimizarían el apoyo recibido de la figura paterna.

En consecuencia, según lo citado anteriormente, se puede señalar que existen opiniones contrarias en cuanto al apoyo social y su importancia en la vida. Al ser analizada desde una perspectiva biopsicosocial, esta variable constituye una fuente de apoyo que se altera en grado según las etapas de la vida, y el grado de influencia. Así, las influencias familiares y de amistades y el apoyo social, constituyen influencia de manera positiva o negativa según sea el caso; siendo factores válidos de análisis, la parte emocional, informativa e instrumental. Por el contrario, también se señala que no existiría relación entre los problemas de salud y el apoyo social en la adolescencia, pero sí en la adultez cuando ya se han afianzado las fuentes de apoyo social. Además, señalan los autores, que las fuentes de apoyo social van desde las amistades hasta la familia, siendo las figuras más importantes el padre y la madre, durante la adolescencia.

De este modo, al ser una variable importante, se analiza como un factor predictor hacia conductas de riesgo, así como también de prevención; siendo uno de los elementos que más se relacionan con la inclusión del entorno. Esta variable entonces, se relaciona directamente como factor protector o moderador en el bienestar emocional de las personas en todas las etapas de la vida, pasando por la familia en la niñez, las amistades en la adolescencia y ambas en la vida de los adultos.

1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica, se caracteriza según Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia Salas (2006, pág. 79) por “la inhabilidad para modular el comportamiento en función de su utilidad, cambiando o persistiendo, para alcanzar los objetivos deseados”.

Además, Investigaciones recientes como la de los autores Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán (2013), han encontrado que varios trastornos psicológicos y la calidad de vida, se relacionan con ciertos constructos importantes como la inflexibilidad psicológica de las personas y la magnitud de evitación experiencial con la que se desenvuelven.

En cambio, cuando la flexibilidad psicológica forma parte de la psicología de la persona, esta es capaz de contactarse plenamente con el presente, con las situaciones del momento y cambiar o persistir en sus conductas en función de la utilidad o valores escogidos (Luciano, Paez-Blarrina, & Valdivia-Salas, 2006).

Por otro lado, los autores Soriano, Blarrina y Salas (2010), mencionan que este patrón de evitación experiencial se manifiesta en consumo de sustancias en el adolescente ya que con el fin de evitar sentimientos negativos como la ira, frustración, ansiedad o tristeza, la persona elige reducir ese estado o sentimientos mediante la necesidad de sentir un alivio, evitar cualquier malestar momentáneamente y sentir que tiene el control de la situación. Sin embargo, al desarrollar flexibilidad psicológica, las acciones del sujeto ponen como prioridad sus valores personales y actúa en función de estos en una dirección valiosa que no depende del momento de malestar, ni de la presión del grupo, ni de las “ganas”.

En base a lo citado, se puede concluir que la inflexibilidad psicológica, es un patrón de rigidez para lograr evitar sentimientos negativos o sentir algún alivio ante diversas situaciones, que puede relacionarse con un amplio rango de trastornos psicológicos. Por otro lado, este patrón de evitación experiencial puede manifestarse en el consumo de sustancias. Sin embargo, cuando la persona cuenta con flexibilidad psicológica, se conecta con su vida en el presente priorizando sus valores personales, y en función de la utilidad, elige cambiar o

persistir en sus conductas. Por lo tanto, la persona al tener la capacidad de ser flexible, es capaz de tomar decisiones acertadas ante situaciones nuevas y estresantes reduciendo el peligro de caer en conductas de riesgo o problemas psicológicos o psiquiátricos.

1.1.2.5. Compromiso vital

El compromiso vital de los sujetos, según Álvarez (s.a, págs. 15-16),

Se mide en el grado en que una persona se involucra en actividades que son valoradas satisfactoriamente por ella... el compromiso hace referencia a la implicación con la meta elegida, a la actitud de elegir el camino vital en función de los valores personales propios de manera que esa "realidad psíquica individual" que cada uno de nosotros construimos, se convierta en un compromiso vital lleno de sentido; en una palabra, en una vida vivida en plenitud y con sentido.

Como mencionan los autores Parslow, Jorm, Christensen y Mackinnon (2006, pág. 188), El compromiso vital activo, constituye un factor de protección en la disminución cognitiva de las personas, además de mejor salud física y mental... el compromiso vital relacionado con actividad o funciones en la vida, reduce los niveles de neuroticismo y aumenta la extroversión, a lo largo de la vida de las personas.

Modelos recientes de la autorregulación conductual, sugieren que son dos los elementos determinantes en las conductas que aumentan el compromiso vital; una, es la capacidad de identificar objetivos valorables y positivos, y otra, la percepción de que esos objetivos sean alcanzables. De ahí, que los objetivos se convierten la piedra fundamental para construir un compromiso vital que promueva bienestar. Dado el rol que el objetivo cumple en la vida de los sujetos, en caso de que la persona se encuentre en situaciones límite, obligadas a abandonar las actividades que implican el cumplimiento de sus objetivos, y por lo tanto su satisfacción; la persona debe encontrar actividades significativas, alternativas de satisfacción, logro y compromiso, a fin de evitar la vulnerabilidad a riesgos físicos y psicológicos (Rasmussen., Wrosch, Scheier, & Carver, 2006).

Se concluye entonces, que esta variable se relaciona con los objetivos o metas que proporcionan un propósito para vivir y un mecanismo mediante el cual la persona permanece participando activamente en la vida, de esta manera el comportamiento se produce, ya sea porque representa un objetivo valioso en sí mismo o porque es fundamental para lograr una meta abstracta más alta a largo plazo. De este modo, el compromiso vital se encuentra asociado con la sensación de bienestar ya sea en el área emocional, mental o física; constituyendo un motor que impulsa hacia las metas de las personas. Así, cuando se pierde

esa satisfacción con lo que se piensa o se hace, el compromiso vital individual tiende a constituir un factor de riesgo hacia la pérdida de ideales, desencadenando acciones o pensamientos que atentan con los ideales de la persona y por lo tanto su bienestar integral.

1.1.2.6. Resiliencia

Parafraseando a Poseck, Baquero y Jimenez (2006), se observa que el término resiliencia todavía no cuenta con una definición específica, por lo cual existen dos corrientes distintas que explican el término; la corriente francesa, que explica que luego de situaciones de estrés, como pudiera ser alguna experiencia adversa, la persona aprende de ella y logra salir indemne de la situación adquiriendo capacidad de resiliencia; y la norteamericana que se refiere a las estrategias de afrontamiento que emplea la persona para mantenerse inmune luego de la situación, es decir al retorno homeostático del sujeto a su condición anterior.

Sin embargo, como mencionan los autores Poseck, Baquero y Jimenez (2006, pág. 40), es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación, ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

En esta misma línea, Barudy y Dantagnan citando a Manciaux (2005), mencionan que la resiliencia es la capacidad de desarrollar recursos que permitan a las personas hacer frente a los desafíos de su crecimiento, incluyendo situaciones adversas.

Teniendo en cuenta que la resiliencia constituye un elemento de edificación de la salud mental, es necesario señalar los factores esenciales que ayudan a desarrollarla. Encontramos así, que para poseer esta habilidad para afrontar con éxito aspectos traumáticos o eventos adversos, se necesitan ciertos elementos en el desarrollo vital desde edades tempranas, como son: sus características internas (por ejemplo, la inteligencia); el temperamento del niño (por ejemplo, locus de control interno); la familia en relación a la crianza y cualidades de apoyo; el ambiente comunitario en el que se desarrolla y el número, intensidad y duración que tengan los eventos radicalmente estresantes o traumáticos por los que ha pasado, especialmente a temprana edad (Barudy & Dantagnan, 2005).

Por lo tanto, la resiliencia se fundamenta en distintos factores que deben estar presentes a lo largo de la vida. De este modo, Barudy y Dantagnan (2005) también señalan que la familia tendría un rol central de protección psicológica frente a situaciones traumáticas, como también “la presencia de por lo menos un progenitor que asegure una paternidad competente y que proporcione afecto” (Barudy & Dantagnan, 2005, pág. 45).

Analizando las diferentes posturas citadas anteriormente, ya sea la francesa que indica que la resiliencia resulta de un crecimiento postraumático, o la norteamericana que hace que las personas salgan intactas de situaciones difíciles, son los recursos que posee la persona, los que ayudan a hacer frente a situaciones adversas, actuando como un elemento de edificación de salud mental para lograr un equilibrio u homeostasis en la vida. Adicionalmente a estos factores, se observa a la familia con un papel esencial en el desarrollo de la resiliencia mediante la presencia de uno de los padres, que brinde una paternidad competente y que el apoyo necesario.

En conclusión, resulta claro que esta variable se relaciona con la capacidad de hacer frente a diferentes situaciones adversas, estresantes o traumáticas de manera exitosa; ya sea con aprendizaje positivo de la situación, o con aceptación, en otras ocasiones. Ante las eventualidades, la persona con capacidad alta de resiliencia, usaría sus recursos biológicos, sus características internas, los reforzadores sociales y la experiencia o número de eventos traumáticos o estresantes para recuperarse, por lo tanto, la resiliencia consistiría en un factor de protección importante de las personas.

1.1.2.7. Ansiedad y depresión

Los cuadros de ansiedad y depresión presentan una alta comorbilidad; así, en un estudio realizado por Vélez (2010), se señala que las personas que sufren de ansiedad y depresión, diferencian sus síntomas en términos de contenido más que de procesos, ya que, en ambos se ven distorsionados los esquemas funcionales y además se sesgan sistemáticamente los procesos perceptivos, de almacenamiento y de recuperación de información. Es decir, cuando el nivel de estrés se eleva debido a la cantidad o calidad de estresores, se puede dar pie a cuadros depresivos, como consecuencia.

Sin embargo, al diferenciar la ansiedad y la depresión, encontramos que según el DSM-5 (2014), “la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 189).

Parafraseando a la Asociación Americana de Psiquiatría (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014), se observa que estos trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que desencadenen el miedo; ansiedad o conductas evitativas, además de la cognición asociada. Las personas que sufren trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en distintas situaciones, pueden sentir cierto apego ante una situación que podría cambiar y sus síntomas no se deben a otra afección presente. Es importante también señalar que la frecuencia es el doble de mujeres que de hombres. Por otro lado, la depresión, incluye a varios trastornos de regulación

disruptiva del estado de ánimo con la presencia de ánimo triste, vacío, irritabilidad, además de factores que afecten la capacidad funcional de la persona como ser cambios somáticos o cognitivos, diferenciando entre sus derivaciones, según la duración y/o la etiología.

Continuando con el análisis, parafraseando a Calvete, citado por Agudelo, Casadiegos y Sánchez en Vélez (2010), la depresión se desencadenaría por la alta frecuencia de pensamientos negativos, baja autoestima y desesperanza, esquemas mal adaptativos como la privación emocional, inestabilidad, abandono, vergüenza, defectuosidad y fracaso, mientras que la ansiedad se caracterizaría por pensamientos recurrentes en cuanto a posibles daños y amenazas futuras físicas o psicológicas y baja autoeficacia (vulnerabilidad al daño).

Tomando en cuenta las características mencionadas de ambos tipos de trastornos, se reconoce que los factores de riesgo en general para la ansiedad y la depresión, son, según el DSM-5: temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos; y por último, modificadores del curso. Se observa entonces, que los factores de riesgo para ambos tipos de trastorno son compartidos de manera general, pero difieren en cuanto al trastorno específico dentro del espectro ansioso o depresivo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Se evidencia, que estas dos patologías representan dos de los factores que más contribuyen a una negativa percepción de la calidad de vida, así como la imagen propia y autoestima. Estos aspectos fundamentales en el bienestar psicológico, que se ven afectados, pueden predecir problemas emocionales que acompañan a ciertos trastornos asociados con rasgos patógenos como la "afectividad negativa" y dentro de esta, el estado de ánimo, las emociones y las evaluaciones afectivas. (Campillo, Zafra, & Redondo, 2008).

Finalmente, se destaca que, como citan Pardo, Sandoval y Umbarila, a Maddaleno (2004), se plantean como indicadores de riesgo: presentar trastornos psiquiátricos, ser portadores de malformaciones importantes, enfermedades graves y terminales, no estudiar ni trabajar, abandono de la escolaridad, el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años de edad de manera promiscua, homosexual o con resultados emocionales traumáticos, conducta suicida, embarazos no deseados, fumar tabaco antes de los 13 años de edad, beber alcohol de manera asidua, usar drogas aunque sea de manera ocasional, abandono familiar, medio social patológico, presentar antecedentes penales o judiciales y abuso o maltrato de cualquier tipo.

Teniendo en cuenta el aporte de los autores, se concluye que en general que los factores de riesgo asociados a ambos tipos de trastornos, son temperamentales (por ejemplo: genéticos), ambientales (por ejemplo: abandono familiar), fisiológicos (por ejemplo: malformaciones) y modificadores de curso (por ejemplo: eventos traumáticos), que

contribuyen a una perspectiva negativa del autoestima y autoconcepto, además de una percepción de baja calidad de vida, que podrían desencadenar en depresión o ansiedad dentro del espectro amplio de ambas patologías. Ahora bien, la diferencia entre ambos trastornos se da en el contenido de los síntomas, más que en el proceso del desencadenante primario.

Así, los síntomas asociados a la depresión, como mencionan los autores, se asocian a la “depresión” en el funcionamiento de la persona, en cambio la ansiedad se asocia al temor y vulnerabilidad ante posibles daños, entre otros. De este modo, para una buena salud mental, se debe hacer hincapié en este tipo de patologías, que como expresan los autores, pueden desencadenar en trastornos serios que comprometen la salud de las personas. En este sentido, es necesario el abordaje integral para trabajar con las familias y las personas implicadas en prevención, con énfasis en la comunicación dentro de la familia, práctica de deportes, socialización con los pares, empatía, resiliencia, toma de decisiones, autoconocimiento y prácticas de autoeficacia, entre otras.

1.1.2.8. Satisfacción vital

La satisfacción vital se define como una estimación cognitiva sobre la calidad de la propia vida, a partir de los estándares de comparación escogidos por cada persona, en base a una evaluación global, que va más allá de la suma de las satisfacciones experimentadas en relación con los ámbitos específicos que configuran su vida (Aznar, y otros, 2004).

Para el presente estudio, es pertinente tomar en cuenta este elemento en el contexto escolar. En este sentido, un estudio realizado por López, Ochoa y Olaizola (2005) analizaron la relación entre el clima familiar, el clima escolar y determinados indicadores de ajuste y desajuste como la presencia de síntomas depresivos y su satisfacción vital, encontrando que lo más importante para el ajuste en la vida del adolescente, y por lo tanto su satisfacción vital, es el sistema familiar, por su rol afectivo como fuente de bienestar y ajuste; así, el estudio señala que existe una relación directa entre el clima familiar y la satisfacción vital. Sin embargo, la relación con el clima escolar no se muestra tan evidente, aunque también parece importante, siendo las dos variables, los dos contextos de socialización por excelencia en la infancia y la adolescencia.

En cuanto al clima escolar, otro estudio realizado por Martínez, Buelga y Cava (2007), refleja que, dentro de este contexto las variables escolares, autoestima y grado de victimización del estudiante, tienen una relación significativa con el grado de satisfacción vital del adolescente. Entendidas por variables escolares: la organización e ideología del centro, relaciones profesor-estudiante, estrategias disciplinares, trato desigual de los profesores en

función del rendimiento académico, formación de grupos en el aula en función del rendimiento, intolerancia hacia estudiantes desiguales y afiliaciones negativas, entre otros.

Otro planteamiento es el que realizan los autores Reina, Oliva y Parra (2010), en el que se establece que esta variable refleja el bienestar subjetivo de la persona o el grado en el que la misma valora favorablemente su vida, por lo que se considera como uno de los componentes importantes del bienestar psicológico y del funcionamiento adaptativo, como resultado de la combinación entre la autopercepción y el entorno del sujeto a nivel social.

Así pues, se concluye mediante el aporte de los autores citados, que la satisfacción vital de las personas depende de los objetivos y compromisos planteados de manera personal. Así, la satisfacción vital es uno de los elementos más importantes para el bienestar psicológico y el funcionamiento adaptativo de las personas. Por otro lado, los factores que contribuyen a la satisfacción vital se relacionan con la autoestima, percepción de control interno y externo, autoeficacia, apoyo social, redes sociales y valores personales y sociales, dentro de un marco de relaciones en los que la familia tiene un papel fundamental, seguido por la escuela.

1.2. Consumo de drogas

1.2.1. Consumo problemático de drogas.

Las drogas, se caracterizan por activar de manera directa el sistema de recompensa cerebral de manera tan intensa que se descuidan las actividades normales, por lo que en lugar de obtener una estimulación normal a través de comportamientos adaptativos, se activan directamente las vías de recompensa en el cerebro produciendo sentimientos de placer, denominados “subidón” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 481).

En Ecuador, según la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años (CONSEP, 2012), se obtuvieron los siguientes datos:

- A nivel nacional, el 20.56% de los adolescentes refleja un uso ocasional de alcohol, el 7.03% consume alcohol regularmente, seguido de 3.62% para uso frecuente, y por último el 2.03% de los adolescentes encuestados realiza un uso intenso de alcohol.
- En cuanto a los cigarrillos, el 5.24% fuma ocasionalmente, el 1.92% fuma regularmente, el uso frecuente de tabaco es del 1.74%, y por último, el 1.16% de los adolescentes fuma intensamente.
- Para el cannabis, el 2.30% hace uso experimental, el 1.63% consume ocasionalmente, el 0.29% la usa regularmente y el 0.22% refleja un uso intenso de marihuana.

- La cocaína es de menor consumo que el cannabis, el 0.80% consume experimentalmente, el uso ocasional es de 0.47%, solo el 0.10% consume regularmente y por último, el uso intenso es de 0.08%.

Por otro lado, es importante reconocer la variedad de drogas existentes; siendo para el presente estudio la clasificación más pertinente, la que toma en cuenta los efectos que tienen las drogas en el Sistema Nervioso Central, de este modo, Según la Organización Mundial de la Salud, citada en Herrera Breuer (2015) se clasifican en:

- Estimulantes, al tener un efecto estimulante en el SNC, aumentan la actividad cerebral, produciendo efectos musculares energizantes, aumentando la confianza en sí mismos, ansiedad por actuar y euforia, entre otros. Entre estas drogas se pueden citar según la OMS citada en Herrera Breuer (2015, pág. 32) a: “clorhidrato de cocaína, pasta base de coca (PBC), anfetaminas, píldoras adelgazantes, nicotina, cafeína y los que alteran la percepción como los alucinógenos, inhalantes y cannabis”.
- Depresores, que como menciona el autor Herrera Breuer (2015), poseen un efecto depresor en el SNC, mediante el cual disminuyen el ritmo cardíaco, respiratorio, la coordinación y la energía corporal, desaceleran e inhiben la actividad neurológica, debilitan los sentidos, produciendo enlentecimiento y torpeza motriz. Estas son: Alcohol (cerveza, licores, vino, etc.), sedantes (hipnóticos, barbitúricos, diazepam, alprazolam, etc.) y los opiáceos (opio, codeína, metadona, heroína, etc.).
- Alucinógenas, las cuales explicadas por el autor (Herrera Breuer, 2015), distorsionan la percepción de la realidad, alterando la distribución del glutamato (principal neurotransmisor excitador del SNC), en base a la activación de los receptores acoplados a canales iónicos y receptores acoplados a proteínas G, generando alteraciones, visuales, auditivas y táctiles, y otros efectos como la modificación de la sensación del tiempo y el espacio, y produciendo la exageración de percepciones sensoriales (en especial vista y oído). Entre las que podemos citar (Herrera Breuer, 2015, pág. 33) “el PCP (polvo de ángel), peyote, LSD (ácido lisérgico dietilamida) y cannabis”.
- Psicotrópicos, son agentes químicos que, al actuar sobre el SNC, producen ciertos cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Entre estos encontramos a los tranquilizantes menores (efecto depresor) como los ansiolíticos, benzodiacepinas y barbitúricos; y los tranquilizantes mayores (antipsicóticos) como el haloperidol, clorpromazina, y los atípicos como la risperidona (Herrera Breuer, 2015).

- Drogas sintéticas, son drogas sintetizadas químicamente que parafraseando a Herrera Breuer (2015) incrementan la actividad cerebral de ciertos transmisores como la serotonina (regula estado de ánimo, sueño, apetito) y dopamina (sistema de gratificación cerebral), produciendo efectos placenteros. Entre las que se encuentran el MDMA (3-4 metilenedioximetanfetamina), conocido como éxtasis.

Tomando en cuenta, que el cannabis es considerado como la droga ilegal más difundida en nuestro medio y por lo tanto de común acceso entre los sujetos objeto de esta investigación, se hace necesario analizar más detalladamente sus características.

En cuanto a sus características generales, encontramos que la marihuana con sus derivaciones y cantidad de nombres como maruja, hierba, maría, mandanga, cáñamo, mota, costo, hachís, chocolate y grifa, se encuentran dentro de lo que científicamente se denomina como cannabis, derivados de la planta de cannabis y compuestos sintéticos químicamente similares; en cuanto a su consumo, también se percibe que socialmente se reconocen diversos métodos, como: pipas, pipas de agua, cigarrillos, vía oral mezclada con alimento e incluso vaporización (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Del mismo modo, se reconoce que los cannabinoides producen varios efectos en el cerebro, sobre todo las acciones en los receptores cannabinoides CB1 y CB2 del SNC... los ligandos endógenos para estos receptores se comportan esencialmente como neurotransmisores (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 511).

Es importante tomar en cuenta que, contrario a la concepción que existe popularmente respecto de esta droga, el consumo regular de marihuana puede desarrollar las mismas características diagnósticas de un trastorno por consumo de sustancias, y a veces, suele presentarse de manera comórbida con otros tipos de trastorno por consumo de sustancias, en estos casos, muchas veces la persona minimiza los síntomas relacionados con el cannabis debido a que los síntomas son de menor gravedad o pueden causar menos daño que los síntomas relacionados con otro tipo de sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

También se puede observar, contrario a una marcada percepción común entre los adolescentes, según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 511), se han descrito tolerancias farmacológica y conductual para la mayoría de los efectos del cannabis, en las personas que consumen cannabis continuamente, esta tolerancia podría perderse cuando el consumo se interrumpe durante un largo periodo de tiempo... En cuanto a la abstinencia, la interrupción brusca del consumo diario o casi a diario del cannabis suele producir la aparición de un síntoma de abstinencia del cannabis; mismo

que incluye síntomas como irritabilidad, agresividad o ira, ansiedad, depresión, dificultad para dormir y usualmente disminución del apetito o pérdida de peso, pudiendo causar un malestar significativo lo que contribuiría a dificultades para abandonar el consumo o recaídas.

Dentro de los problemas relacionados a su consumo, es necesario resaltar que el consumo tiende a volverse habitual, de modo que es posible consumir durante todo el día durante meses o años, pasando muchas horas al día bajo la influencia del cannabis; en otros casos, puede presentarse un consumo menos frecuente, pero se presentan problemas recurrentes relacionados, en ambos casos, con la familia, la escuela, el trabajo u otras áreas importantes como ausencias repetidas en el trabajo, abandono o descuido de las responsabilidades familiares, entre otros. En el ámbito conductual y cognitivo, el funcionamiento de la persona también puede verse afectado e interferir con el rendimiento óptimo en el trabajo o la escuela. Existe también un riesgo que compromete la integridad física al realizar actividades que podrían ser físicamente peligrosas, como manejar automóviles, practicar ciertos deportes, realización de actividades de trabajo manual como el uso de maquinaria, etc. Aparte de estos problemas, existe un riesgo de desarrollar afecciones médicas como las crónicas o psicológicas como la sedación excesiva o la exacerbación de otros problemas de salud mental asociados al consumo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según la Cuarta Encuesta Nacional sobre el consumo de Drogas en Estudiantes de 12 a 17 años, realizada por el CONSEP (Observatorio Nacional de Drogas, 2012), de los estudiantes que aseguran haber consumido drogas en el último año, los encuestados consiguen las drogas a través de un amigo en un 13.65%, el 13.45% las consigue a través de un proveedor, el 9.25% en fiestas o lugares de diversión, el 8.32% en la calle o en los alrededores de su colegio, un 4.16% en el colegio y el 14.43% de otra forma, lo que sugiere, según el estudio que los estudiantes cuentan con la presencia de nuevas formas de comercialización específicamente dirigidas a ellos. Por otra parte, el 17.47% consume drogas en fiestas o lugares de diversión, el 13.26% en otros lugares (lugares no identificados, que podrían estar relacionados con la seguridad para su consumo), el 10.41% en la calle o en los parques, el 9.11% en conciertos, y el 7.45% en sus casas, o en casa de familiares o amigos. Los consumidores señalan que el 24.03% gasta menos de 5USD al mes para su consumo, el 9.25% más de 31USD, y el 8.01% entre 5 y 10USD.

También es necesario mencionar que en cuanto a la legislación en el país en materia de drogas, 12 son las instancias punitivas que sancionan de una u otra manera el uso y/o abuso de sustancias psicotrópicas en el país, entre ellas: La Constitución del 2008 (Régimen del

Buen Vivir, Salud), el Código Orgánico Integral Penal (delito por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización), Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas 108 (combatir y erradicar la producción, oferta, uso indebido y tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas) y tabla de cantidades máximas admisibles de tenencia para el consumo personal (en revisión) (CONSEP, 2012).

En conclusión, se señala que el consumo problemático de drogas se asocia a diversos factores; por un lado, el efecto en el organismo del consumidor, que al principio parece placentero y luego se convierte en una dependencia muy difícil de abandonar dejando secuelas; por otro lado, factores sociales, ambientales y genéticos, que ponen en riesgo la salud de los consumidores, haciéndolos proclives al consumo cada vez mayor y de más sustancias, que afectan tanto a la persona que consume como a su familia, amigos y entorno.

Finalmente es necesario mencionar que las estadísticas muestran que el uso de drogas, suele iniciarse con el consumo del alcohol y el tabaco, y que el consumo precoz de estos, aumenta el riesgo de consumo de otras sustancias como el cannabis, que en el presente estudio, es la droga de mayor consumo; y por último, si bien existe la legislación en Ecuador para el control de drogas, parece que hacen falta otras políticas comunitarias, en las que se aborde el tema de manera integral, desde el entorno del consumidor hasta leyes justas que regulen el consumo de estupefacientes en el país.

1.2.2. Consumo problemático de alcohol.

El alcohol constituye la droga más consumida, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa; de este modo, se relaciona con accidentes de tránsito, violencia familiar, problemas laborales y urgencias e ingresos hospitalarios, según Parada, citado en Iglesias, Varela, Isorna, Miranda, Barreiro; Holguín y Mahía (2011, pág. 54).

Dentro de los aspectos culturales relacionados a su consumo, se observa que según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 494), “el alcohol es la sustancia que se emplea con más frecuencia para intoxicarse y que contribuye de forma notable a la morbilidad y a la mortalidad”.

Así, según encuestas disponibles, en Estados Unidos, un 80% de los adultos lo ha consumido alguna vez en su vida y un 65%, son bebedores actualmente (en los últimos 12 meses), además que un 3.6% de la población mundial presenta un trastorno por consumo de alcohol. En cuanto la relación existente entre el consumo de alcohol y el género, se observa

que los hombres son más consumidores que las mujeres, sin embargo, como las mujeres tienen más grasa y menos agua corporal, además de generalmente un peso menor, metabolizan menos el alcohol en el estómago y el esófago, por lo que desarrollan mayores niveles de alcohol en la sangre (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En este sentido, para el presente estudio es importante señalar que en Ecuador, según las estadísticas (Observatorio Nacional de Drogas, 2012), se advierte que dentro de los patrones de uso intenso se señala que: las bebidas más usadas son la cerveza (22.09%) y el aguardiente, tipo Zhumir, Trópico, Néctar (15.67%), el 43.13% lo toman solo sin mezclar, el 33.24% lo consiguen en cualquier tienda, el 24.23% lo compran en grupo y el 23.48% lo consiguen en fiestas o lugares de diversión. El 41.02% gasta más de 21 dólares americanos en alcohol, el 32.17% suele beber en lugares de diversión, el 28.56% bebe en las casas y el 81.62% consume alcohol con su grupo de amigos.

Se reconoce, en términos generales, que el consumo de alcohol es elevado en la mayoría de países (factor cultural), pero además el inicio de consumo es cada vez más temprano y la accesibilidad al alcohol parece ser más fácil cada vez. Sin embargo, parece existir una tendencia hacia otras drogas como la marihuana para uso recreativo, de la cual se piensa, entre los consumidores, que tiene menos consecuencias que el alcohol, además de que sus síntomas no son tan evidentes, para lo cual se requieren estudios que actualmente no se encuentran dentro de la bibliografía científica.

1.2.3. Causas del consumo de drogas.

Según el DSM-5 (2014), dentro de los factores de riesgo que intervienen en el consumo de drogas, según se enumeran los siguientes:

- Factores temperamentales dentro de los cuales se puede mencionar a trastornos de conducta en la infancia o adolescencia, trastorno de personalidad antisocial (frecuente entre las personas que consumen más de dos drogas), trastornos de externalización o internalización en la infancia o adolescencia, altas puntuaciones en desinhibición del comportamiento, inicio precoz, poli consumo y problemas de conducta.
- Factores ambientales como el fracaso escolar, consumo de tabaco, situación familiar inestable, uso o abuso de los familiares, bajo nivel socio-económico, disponibilidad y maltrato o trauma infantil, entre otros.
- Factores de riesgo genéticos y fisiológicos, están dados por factores hereditarios según el tipo de drogas que sugieren una base genética común para los problemas de consumo de sustancias y conducta entre los adolescentes. Por último, los modificadores de curso que se asocian con el consumo precoz de sustancias.

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo por Lerma-Cabrera, Steinebach, Carvajal, Ulloa, Cid Parra y Langer (2015), se señala que los factores de riesgo de consumo de alcohol problemático, se da por factores contextuales y sociales como la historia de alcoholismo familiar, eventos estresantes y el uso de drogas de los pares. Se observa también en cuanto al género, que, para los varones, los factores de riesgo más importantes en la adolescencia son el divorcio de los padres, síntomas depresivos, tiempo de esparcimiento con los amigos, hábito de un alto consumo de alcohol y fumar frecuentemente; mientras que para las mujeres son, hábito de alto consumo de alcohol y fumar frecuentemente. Además de estos, el estudio señala factores individuales asociados al consumo, como el pobre control inhibitorio, búsqueda de sensaciones o impulsividad y presencia de problemas emocionales.

En consecuencia, se asocia este consumo, con menor satisfacción vital, aumentos en la demanda de salud mental y hospitalización, tasas más altas de depresión, trastornos de ansiedad, intentos de suicidio y diferentes trastornos de conducta. En cuanto a la comorbilidad, es tan alta que las personas con un diagnóstico de trastorno de consumo de cannabis un año anterior o a lo largo de la vida presentan tasas de hasta 50% de trastornos por consumo de alcohol y 53% de trastorno por consumo de tabaco. Otra cifra alarmante, es que el 74% de personas que buscan tratamiento por consumo de cannabis, expresa consumo problemático de alguna otra sustancia u otras sustancias, como ser: alcohol 40%, cocaína 12%, metanfetamina 6% y heroína u otros opiáceos 2%. A su vez, cuando se presenta otro trastorno por consumo de sustancias primario, entre el 25-80% presenta un trastorno por consumo de cannabis como secundario (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Otra de las causas de que su consumo se dé como una droga corriente, es que la intoxicación por cannabis no suele dar lugar a síntomas tan intensos conductual o cognitivamente como el alcohol, por lo que podría preferirse su uso, hacerlo más frecuente y en situaciones más diversas que el alcohol u otras drogas. El inicio temprano de consumo está relacionado con la existencia de otros problemas externalizantes, como los trastornos de conducta, además el inicio temprano también es un predictor de problemas de internalización, por tanto, según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 513) “es probable que sea un factor de riesgo general para el desarrollo de trastornos de salud mental”. Por otro lado, los consumidores adolescentes suelen mostrar cambios en la estabilidad del estado de ánimo, nivel de energía y patrones en la alimentación, estos síntomas se asocian a los periodos de intoxicación y a los efectos posteriores a la intoxicación aguda, además de los intentos de ocultar el consumo a los demás. Otro riesgo en los adolescentes consumidores, es que la mayoría presenta un descenso considerable en su desempeño académico,

absentismo escolar y la reducción del interés por las actividades y los resultados escolares en general (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Torres, citado en Herrera Breuer (2015, pág. 40) menciona que: Otro factor de interés parece ser el del “cerebro adicto”, que se refiere a las predisposiciones neurológicas a las adicciones (adicción como conjunto de trastornos psíquicos caracterizados por la necesidad compulsiva de consumir) que podría comenzar como un primer consumo relacionado con el uso social, por ejemplo influenciado por otras personas, que luego desencadena en la pérdida de la capacidad de la persona por controlar el consumo, que se manifiesta en actitudes compulsivas con conciencia del riesgo implicado, de las que no logra sobreponerse ante la necesidad del consumo.

Los estudios citados reflejan que la frecuencia de uso y la aparente inofensividad de esta droga, junto con su posterior implicación frente a otras drogas la ubican como una de las causas más comunes de consumo de drogas. Se refleja por ejemplo, que la edad más común para el inicio de consumo de cannabis es la adolescencia o en la adultez temprana, además puede desarrollarse también en la pre adolescencia, aunque de manera menos común. De manera que esta sustancia, junto con el tabaco y el alcohol, son las primeras sustancias que consumen los adolescentes.

De este modo, en cuanto a las causas de consumo de drogas, observamos que diferentes estudios acerca de los factores de riesgo, analizan variables importantes en el consumo, además de las relaciones sociales y familiares, estrés, aspectos culturales y otros; dentro de los factores personales se encuentran, la impulsividad (relacionada con los receptores dopaminérgicos), misma que parece tener una importancia alta en el consumo y los trastornos derivados del consumo de alcohol y drogas ya que puede incidir en el consumo temprano, abuso del consumo y en la derivación del consumo de otras drogas. También se establece como otra variable importante las relaciones familiares y la calidad del sistema familiar, además de las relaciones con los pares del consumidor.

1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas

Las principales consecuencias derivadas del consumo de drogas, son los trastornos relacionados con sustancias, englobando principalmente a 10 tipos de drogas o estupefacientes. Según el DSM-5 (2014, pág. 481), estas drogas son: “alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias desconocidas”.

Los trastornos que se relacionan con el consumo de sustancias se dividen en dos grupos; aquellos que provienen por el consumo de sustancias y otros inducidos por las sustancias consumidas.

Los primeros, como menciona la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-5 (2014, págs. 483-486) se caracterizan por la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que muestra que la persona, a pesar de los problemas significativos relacionados con el consumo... en cambio, los trastornos inducidos por sustancias se refieren a la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias y/o medicamentos.

Es necesario establecer, que para que un trastorno se considere como causado por consumo de sustancias, debe cumplir con ciertos criterios diagnósticos que se refieren, según el DSM-5 (2014) a:

Control deficitario:

La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.

- La persona expresa deseos de abandonar o regular el consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o cortar con el consumo.
- Gran parte de su tiempo, la persona pasa tratando de conseguir la sustancia, la consume o se recupera de los efectos, en los casos más graves, las actividades diarias de la persona giran en torno a la sustancia.
- Existe un deseo intenso de consumo que se manifiesta por un ansia y una urgencia en cualquier momento, que en muchos casos le impide pensar u ocuparse de cualquier otra cosa.

Deterioro social:

- El consumo concurrente puede desencadenar en el incumplimiento de los deberes fundamentales de la persona, ya sea académicos, laborales o domésticos.
- La persona podría seguir consumiendo a pesar de los problemas ocasionados en la esfera social o interpersonal causados por los efectos del consumo.
- La persona reduce o abandona importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo, o, puede descuidar o abandonar las actividades familiares y las aficiones a causa del consumo.

Consumo de riesgo:

- El consumo recurrente puede ocurrir incluso en situaciones en las que éste provoque un riesgo físico.

- La persona consume de forma continuada, a pesar del conocimiento propio de problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.
- La persona ha fracasado en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca.

Farmacológicos:

- Tolerancia, que se define por el aumento significativo de la dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o por la reducción notable del efecto al consumir la dosis habitual, el grado de tolerancia que se desarrolla es variable en cada persona, en cada sustancia e incluye diferentes efectos sobre el sistema nervioso central.
- Abstinencia, ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o en los tejidos de una persona que ha sido una gran consumidora de la sustancia, produciendo síntomas que difieren según la clase de sustancia. Los signos de abstinencia del alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, son frecuentes y acentuados, fáciles de evaluar; los signos y síntomas de los estimulantes (anfetaminas y cocaína), tabaco y cannabis, son frecuentes pero no tan marcados; y por último, la fenciclidina, otros alucinógenos y los inhalantes, no presentan la existencia del síndrome de abstinencia en humanos. Los síntomas esenciales de la abstinencia incluyen cambios comportamentales, fisiológicos y cognitivos a consecuencia de la interrupción o reducción en el consumo, que haya sido realizado de manera frecuente y prolongado, la misma que produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento del individuo, como ser el área social, laboral o familiar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Así mismo, según el DSM-5 (2014), la categoría general de los trastornos inducidos por sustancias, se refiere a:

Intoxicación y abstinencia:

- Los cambios a nivel comportamental o psicológico, desarrollados a partir del consumo reciente de la sustancia que dan lugar a síndromes específicos y reversibles (p. ej. Labilidad emocional, beligerancia, juicio deteriorado), los cuales se atribuyen a los efectos fisiológicos que produce la sustancia sobre el sistema nervioso central que se desarrollan durante o al poco tiempo del consumo.
- Los síntomas no se asocian a otra afección médica y no se explican por otro trastorno mental.
- Los cambios más frecuentes conllevan alteraciones en la percepción, vigilia, atención, pensamiento, razonamiento, conducta psicomotora y comportamiento interpersonal.

- Las intoxicaciones pueden ser a corto plazo o “agudas” y/o continuadas o “crónicas”.
- Ambas producen un malestar o deterioro clínicamente significativo en lo laboral, social u otras AVD (actividades de la vida diaria).

Trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos:

- Son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, pero algunas veces persistentes desarrollados como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, medicamentos u otras toxinas.
- Se diferencian de los trastornos por consumo de sustancias, en que los síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos contribuyen al consumo recurrente, a pesar de los conflictos causados por dicho consumo.
- Pueden aparecer relacionados a cualquiera de las 10 sustancias que producen trastornos de consumo o en una gran variedad de medicamentos empleados en tratamientos médicos.
- En general, las drogas más sedativas (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y alcohol) pueden ocasionar trastornos depresivos importantes en la intoxicación, mientras que durante la abstinencia, se suelen observar alteraciones relacionadas con la ansiedad. Las sustancias más estimulantes como las anfetaminas y la cafeína, se asocian a trastornos psicóticos y de ansiedad inducidos en la intoxicación, mientras que en la etapa de abstinencia suelen observarse episodios depresivos mayores. Por último, existe la probabilidad de que las drogas sedativas y las estimulantes produzcan alteraciones de sueño y sexuales significativas, que pueden ser temporales.
- Debe existir la evidencia de que los trastornos no pueden ser explicados por un trastorno mental independiente.

Es importante también en torno a estos trastornos, mencionar que los cambios subyacentes en los circuitos cerebrales persisten tras la desintoxicación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otro lado, el DSM-5 (2014) describe los trastornos relacionados con el alcohol, entre los cuales se encuentran: Intoxicación por alcohol, cuya característica principal es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos problemáticos que son clínicamente significativos, como por ejemplo, comportamiento agresivo, habla disártica, comportamiento sexual inapropiado, labilidad emocional, deterioro del juicio, deterioro de la actividad social o laboral y otros que se desarrollan durante o al poco tiempo de haber consumido cantidades variables de alcohol. Otros criterios diagnósticos incluyen problemas de funcionamiento y de juicio, y cuando la intoxicación es severa, puede ocasionar un coma con riesgo vital. Otro síntoma asociado a la intoxicación, es la amnesia temporal de los acontecimientos ocurridos

durante el momento de la intoxicación (lagunas mentales), normalmente relacionado con un alto nivel de alcohol en la sangre, y tal vez, la rapidez con la que se alcanza este nivel. Estos síntomas deben estar relacionados directamente con la ingesta de alcohol sin ser atribuibles a otra afección médica ni causados por el consumo de otras drogas. Abstinencia de alcohol, la probabilidad de desarrollar este síndrome, aumenta con la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol, ocurre, en su mayoría, en caso de consumo diario y en grandes cantidades durante varios años, sin embargo, existen diferencias entre individuos, con riesgo incrementado para personas con afecciones médicas comórbidas, antecedentes genéticos, historial médico que incluya abstinencias previas y el consumo de fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Este síndrome, aparece tras varias horas o pocos días después del cese o reducción del consumo elevado y prolongado de alcohol, se puede mencionar entre otros, hiperactividad del SNA, temblor en las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, auditivas o táctiles, agitación psicomotora, ansiedad, o hasta convulsiones, provocando malestar clínicamente significativo y deterioro en lo social, laboral u otras áreas de funcionamiento. Comúnmente, se presenta un pico de intensidad al segundo día debido al relativo rápido metabolismo del alcohol en la sangre, pero al cuarto o quinto día, suele mejorar notablemente, sin embargo, luego del pico o abstinencia aguda, pueden persistir el insomnio, los síntomas de ansiedad y disfunción autonómica por 3 o 6 meses con menor intensidad.

También existen otras afecciones o trastornos inducidos por el consumo de alcohol que tienen características comunes con otros trastornos mentales independientes, sin embargo, son temporales y se observan luego de una intoxicación grave o sin abstinencia de alcohol. En estos casos, pueden aparecer síntomas idénticos a la psicosis o trastorno depresivo mayor, con las mismas consecuencias graves de estos, pero los síntomas suelen remitirse en días o semanas después de la intoxicación y/o de la abstinencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otro lado parafraseando a Herrera citado a Martínez y Rabano (2015), se señala en torno a los cambios morfológicos a nivel cerebral, que además de las alteraciones en funciones superiores, presentando lesiones en células nerviosas, el peso del cerebro de un alcohólico es mucho menor que el de una persona no alcohólica.

Esta afirmación, es también sustentada por Munuera, Roncero y Casas (2011), que señalan que estudios morfométricos realizados a alcohólicos, muestran alteraciones en el tamaño, número, arquitectura y conectividad sináptica cerebral, más pronunciada en los lóbulos frontales y en la sustancia blanca cortical, independientes de otras consecuencias cerebrales como la encefalopatía de Wernicke. Del mismo modo, se observa en cuanto a las

alteraciones fisiológicas generales, según Munuera, Roncero y Casas, citados en Bobes, Casas y Gutiérrez, (2011), que adictos a sustancias en base a cocaína muestran alteraciones estables y significativas en el córtex pre frontal, ínsulas, amígdalas, ganglios de la base y sustancia blanca subyacente y córtex pre frontal.

En cuanto a los consumidores de opiáceos, los autores Bobes, Casas y Gutiérrez (2011) mencionan en sus investigaciones, que las alteraciones funcionales y estructurales son más leves y parcialmente reversibles con la abstinencia, los cambios son observados a nivel del volumen cerebral y alteraciones de señal, sin embargo, el déficit en la actividad cognitiva condiciona a repercusiones funcionales importantes. También es necesario notar que, debido a que la mayoría de consumidores de MDMA o éxtasis son politoxicómanos, los cambios morfológicos asociados a esta sustancia son difíciles de catalogar, sin embargo, las evidencias reflejaron la disminución de la perfusión del córtex frontal dorso-lateral, parietal posterior y caudado, además de la baja en los niveles corticales de transportadores de serotonina. En cuanto al análisis de la morfología de los cerebros de consumidores de cannabis, se observa que los cambios son leves y se relacionan con el consumo a temprano y de grandes cantidades de droga, sin embargo existe una importante alteración funcional que refleja patrones cognitivos anómalos en las regiones pre frontales, temporales y en el cerebelo. En cuanto a los consumidores de tabaco, se ha detectado que presentan disminución de las concentraciones de N-Acetil-aspartato (NAA) en la sustancia blanca frontal, y por último, también se han estudiado los resultados de la ingesta de Diazepam, pero no se han observado cambios significativos en las tareas motoras, degeneración de palabras o de memoria. En consecuencia, al analizar los cambios morfológicos, se observa que el sistema de neurotransmisión más involucrado en los cerebros adictos es el dopaminérgico, especialmente en la fase aguda, comprometiendo el córtex prefrontal y posteriormente otros núcleos, aparte de los cambios funcionales precoces en regiones fronto-temporales, tanto a nivel de córtex como de sustancia blanca. Por otro lado, se observa que además de las alteraciones cerebrales propias de la adicción primaria, se adicionan las del otro trastorno en poli consumidores.

Se puede establecer que, todas las consecuencias del consumo problemático de sustancias en las que los síntomas se asocian a factores cognitivos, comportamentales y fisiológicos, se reflejan también en cambios morfológicos a nivel cerebral y cambios funcionales determinantes según el tipo de sustancia o sustancias consumidas, por lo que se determina que las personas que abusan del consumo de sustancias, no recuperan el completo uso de sus facultades ni el curso habitual de su vida, trayendo consecuencias a su familia y

el entorno, sin mencionar las cuantiosas cantidades de dinero y esfuerzo por parte de las autoridades y la sociedad en general para lidiar con estas afecciones.

De modo que, todo esfuerzo en intervención primaria y secundaria, se valida al trabajar en conjunto desde las comunidades para mejorar la salud mental de las personas comprometidas. Por otro lado, desde el aspecto familiar, es necesario trabajar en la comunicación y la funcionalidad de las mismas, sabiendo que el trabajo es responsabilidad en su mayoría de los adultos, no se deben descuidar o ablandar en estos temas para evitar el deterioro de nuestra sociedad. Dentro del ámbito social, es destacable la necesidad de trabajar más en los centros educativos en coordinación con las familias para una prevención integral en políticas de drogas reconociéndola como una responsabilidad social, de modo que, la participación activa de todos los sectores sociales es indispensable. En el aspecto cultural, es necesario tomar en cuenta que el problema de las drogas es un problema colectivo, de modo que, la prevención debe estar centrada en la persona y no en las drogas.

1.3. Adolescentes.

1.3.1. Desarrollo biológico.

El periodo de cambios en la adolescencia, desde la niñez a la adultez, es lo que comúnmente se conoce como la etapa de la pubertad, dando el inicio a la adolescencia. Este periodo viene acompañado de cambios que se clasifican en dos tipos, parafraseando a Kail y Cavanaugh (2006) se observa por un lado, que los cambios físicos evidencian un notable aumento de peso y de altura que suele aparecer a los 11 años en las mujeres y a los 13 años en los hombres. Según estos datos, en un año promedio, el aumento de peso puede ser entre 2.5kg. a 5.2kg. y el aumento de talla puede alcanzar 5 a 8cm. Sin embargo, como citan Kail y Cavanaugh a Tanner (2006, pág. 302), “durante el nivel más alto del estirón, una niña puede aumentar 9.2kg. y un niño hasta 11.5kg.”. Por otro lado, las partes del cuerpo difieren en cuanto a etapas de crecimiento, así, la cabeza, las manos y los pies crecen primero normalmente, seguidas de brazos y piernas, y por último, el tronco y los hombros. En este periodo los huesos se alargan y se tornan densos, las fibras musculares alcanzan mayor espesor y densidad (más notable en varones que en mujeres), aumentando considerablemente su fuerza y un aumento en la grasa corporal, más evidente en las mujeres. Aparte de los cambios en peso y talla, en la pubertad se produce la maduración sexual que incluye el cambio en las características sexuales primarias, es decir en los órganos que intervienen directamente en la reproducción (ovarios, útero y vagina en la mujer, y escroto, testículos y pene, en los hombres). Además, se observan cambios en las características sexuales secundarias, entendidas como las señales físicas de la madurez no relacionadas directamente con los órganos reproductores, como crecimiento de los senos y

ensanchamiento de la pelvis en las mujeres, y aparición del vello facial y ensanchamiento de los hombros en los varones, además de aparición de vello corporal y cambios en la voz y en la piel en ambos sexos para posteriormente dar paso a la menstruación en las mujeres y a la menarquía en los hombres.

A nivel del hipotálamo, se producen ciertos mecanismos para producir los cambios físicos. El hipotálamo, envía hormonas a la hipófisis liberando la hormona del crecimiento, y la hipófisis que regula los cambios de la pubertad indica a las glándulas suprarrenales a liberar andrógenos (para el vello corporal), y luego a los ovarios para que liberen estrógeno (crecimiento de senos, maduración de genitales y acumulación de grasa corporal). En los varones, la hipófisis ordena a los testículos a liberar testosterona, (andrógeno que hace madurar los genitales y aumentar la masa muscular). Estrógenos y andrógenos están presentes en ambos sexos, variando en la cantidad de secreción por sexo, así la liberación de andrógenos en la mujer es menor (Kail & Cavanaugh, 2006). Además, López Moratalla (2011) menciona que el cerebro se hace receptivo a los estímulos sexuales, debido a la actividad que ejercen las hormonas sexuales

Por una parte, según la bibliografía (Moratalla. L, 2011, pág. 7), es un hecho que el cerebro madura paulatinamente en proporción directa a la edad cronológica. Desde de la infancia lo hacen las diferentes áreas siguiendo un proceso secuencial que comienza en la parte posterior baja del cerebro, hacia delante y arriba. La onda de maduración se propaga, sin alcanzar las áreas frontales hasta los primeros años de la vida adulta.

En este sentido, Moratalla cita a Cassandra (2011), explicando que las funciones del lóbulo frontal, terminan su maduración al final de la adolescencia, acompañadas por la capacidad del pensamiento abstracto, abriendo nuevas posibilidades e intereses. El último paso según este estudio, es la capacidad de juicio moral que se da en la reestructuración de la corteza orbito frontal (parte anterior del lóbulo frontal), que conecta los sentimientos morales en relación con el entorno (compasión, repugnancia y otros) y la capacidad racional analítica; de modo que, es en ese momento, que el sujeto se vuelve consciente de su responsabilidad y racionalmente empático.

Otra investigación significativa, realizada por Colden (2012), expone que la edad en la que las niñas comienzan la pubertad se ha reducido en relación a años pasados, fenómeno que ocurre actualmente, aparte de los casos conocidos como “pubertad precoz” (con un origen de hipertiroidismo o la presencia de tumores). Este fenómeno podría deberse al sobrepeso y

la obesidad en la infancia, de modo que también podrían desarrollarse síndromes como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y otros.

Todos estos cambios, a nivel corporal, mental y emocional en los adolescentes, comprometen a todo el individuo; al tiempo que los prepara para la autonomía en la adultez desde el nivel fisiológico. Así mismo, estos cambios pueden producir impactos que influyen en su desarrollo psicológico y social de manera determinante; constituyéndose en un elemento tan potente como delicado al momento de analizar las reacciones conductuales durante y después de la adolescencia de los individuos.

1.3.2. Desarrollo social

Durante el periodo de adolescencia, las relaciones con los pares poseen mayor valor que en otras etapas de la vida, de modo que, los adolescentes buscan desarrollar mayor autonomía, aún a costa del aparente distanciamiento de los padres y familiares (Puentes & Parra, 2014).

En contraste con esta afirmación, los resultados de investigaciones llevadas a cabo por Steinberg, citado por Kail y Cavanaugh (2006), afirman que los adolescentes admiran y aman a sus progenitores; recurren a ellos en busca de consejo, adoptan muchos de los valores de los progenitores y se sienten amados por ellos en la mayoría de los casos. Lo que ocurre durante esta etapa, es un cambio en las relaciones, de manera que se van convirtiendo en relaciones más igualitarias; conforme el adolescente se hace más independiente, dedica menos tiempo a sus padres, es menos afectuoso y discute más con ellos temas de intereses diferentes como estilos, gustos y libertad; de igual manera comienza a disfrutar el pasar tiempo a solas.

Por otro lado, en cuanto a la sociabilidad con los pares, en niños se aprecia que las interacciones sociales se limitan casi exclusivamente a personas de su mismo sexo; en cambio el adolescente, pasa muchas más horas intercambiando amistades y afecto con miembros del sexo opuesto y mucho tiempo también pensando en ellos o ellas. Además, comienzan a tener actividades en las que intervienen grupos mixtos, luego parejas que salen en grupo y posteriormente, encarar al noviazgo en el que las relaciones se limitan a parejas bien definidas (Kail & Cavanaugh, 2006). De este modo, es necesario tomar en cuenta que existen diferentes desafíos sociales y psicológicos a los que se enfrentan los adolescentes, entre los cuales podemos mencionar: el noviazgo, la conducta sexual en la cual se destacan diferentes aspectos; Kail y Cavanaugh citan a Steinberg (2006) refiriéndose a que las mujeres describen a su primera pareja sexual como alguien a quien aman, mientras que para los varones se trata de un encuentro informal, y, los sentimientos de las mujeres son ambivalentes

entre temor y culpa mezclados con felicidad y emoción (romántica), en cambio los varones expresan sentimientos uniformemente más positivos (recreativa y egocéntrica). Siguiendo con los retos sexuales, existen las amenazas de las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo adolescente, el acoso o abuso sexual (Kail & Cavanaugh, 2006) y la orientación sexual, particular en torno al que, aún en nuestros días se perciben actitudes fluctuantes entre aceptación y rechazo hacia las personas homosexuales, como menciona Caycho (2010).

Debido a la creciente proliferación de la interacción mediante redes sociales, aspecto muy importante en esta etapa de la vida, se señala que existen tres categorías de riesgo asociadas a las redes sociales y adolescentes; la primera, describe riesgos de contenido, directos (publicaciones o actualizaciones de estado en contra de alguien) o indirectos (de los que no se tiene la fiabilidad en cuanto al contenido, ni la fuente); la segunda categoría, incluye a los riesgos de contacto, al poder comunicarse con casi cualquier persona, como el ciberacoso, el cyberbullying, y el mantener un perfil público en el que se ignora parcial o completamente la configuración de privacidad; por último, la tercera categoría incluye los riesgos comerciales y el uso indebido de los datos personales (Vanderhoven, Schellens, T., & Valckle, M., 2014).

A pesar de estos inconvenientes, es necesario también notar que, como describen Puentes y Parra (2014), la dedicación a las tecnologías digitales está de alguna forma, cambiando el modo en el que las personas aprenden gracias al acceso rápido y fácil a la información, socializan y se comunican entre sí, creando nuevas dinámicas relacionales y conocimiento como nunca antes visto.

Además de los factores de riesgo, parafraseando a Camacho (2005), se observa que existen factores de protección, entre los que se mencionan; estructura y dinámica familiar que satisfaga los procesos funcionales y físicos de la familia; política social sobre la niñez y la adolescencia que propenda por la salud integral, el desarrollo y el bienestar social; desarrollo de ambientes saludables y seguros, promoción del autocuidado y salud reproductiva; autoestima y sentido de pertenencia familiar y social; y finalmente, posibilidad de elaborar proyectos de vida viables en congruencia con la escala de valores morales apropiados y promoción de mecanismos conductuales para la resiliencia.

De esta manera, se observa que, en esta etapa de transición entre el abandono de la infancia y la aspiración de la vida adulta, los adolescentes enfrentan gran cantidad de desafíos sociales y retos de los cuales resultan más consientes debido al interés de su parte y la importancia que brindan hacia las interacciones con los demás.

Se observa además, que en esta etapa de la adolescencia, comienzan a desarrollarse ciertas conductas como delincuencia, consumo de drogas y alcohol, intentos y consumaciones de suicidio, bullying, riesgo en redes sociales, disfuncionalidad familiar, deserción escolar, inestabilidad económica, desórdenes alimenticios, decisiones importantes en cuanto al futuro, entre otros. Debido a la vulnerabilidad de esta etapa, se consideran conductas de riesgo y de estrés que necesitan orientación adecuada.

1.3.3. Desarrollo psicológico.

La adolescencia es la etapa en que los cambios y retos marcan significativamente la vida y salud mental de los sujetos. Así, la búsqueda de autonomía y la preparación de la vida adulta viene acompañada de varios factores que se detallan en el presente estudio.

Por un lado, como señalan Povedano et. al (2011), un clima familiar positivo fomenta la cohesión, apoyo, confianza e intimidad entre sus miembros; de modo que, además de practicar una comunicación abierta y empática, potencia el desarrollo de recursos personales en el adolescente, como autoestima y satisfacción con la vida.

Por lo general, en la adolescencia existen varios factores que influyen en el autoconcepto, entre ellos se señalan: Imagen corporal, siendo un elemento que preocupa mucho más a los adolescentes que a niños y adultos, donde se aprecia que, las mujeres tienden a sentirse insatisfechas con su imagen corporal. Por el contrario, a los varones les preocupa al principio de la adolescencia, pero quedan más complacidos a lo largo de ella conforme se dan los cambios posteriores en la pubertad. Por otro lado, intervienen otros aspectos como la capacidad de logro, misma que suele verse reflejada en el autoconcepto académico, relación con familiares y pares, límites claros en cuanto a la disciplina, entre otros. En general, se puede establecer que el concepto de autoestima no cambia con la edad, sino de manera situacional (Kail & Cavanaugh, 2006).

En esta misma línea, existen estudios como se aprecia en Larson, citado por Kail y Cavanaugh, (2006, pág. 306), que señalan que: el cambio de ánimo inestable en la adolescencia no dependen de las hormonas, al considerar que la relación tiende a ser pequeña y se observa sobre todo en los primeros años de la adolescencia... si no que, estaría determinado por las actividades y la situación social, al tiempo que, parecen ser más temperamentales que los adultos, debido a que alternan actividades y situaciones sociales varias veces al día.

Un factor de riesgo presente en la adolescencia actualmente, es la aparición cada vez mayor de desórdenes alimenticios en esta etapa, en los que intervienen aspectos biológicos,

psicológicos y socioculturales; además, se reconoce que existen mayores probabilidades que se den en mujeres que heredan la predisposición (factores biológicos), que internalizan los ideales culturales de la esbeltez (factores psicológicos) y cuyos progenitores les concedan poca independencia (factor socio-cultural). Entre estos trastornos se encuentran como los más comunes; anorexia nerviosa, caracterizada por la negativa constante a comer y por un miedo irracional a aumentar de peso, y la bulimia nerviosa, en la que se alternan periodos de exceso, comiendo sin control, con periodos de purga mediante vómitos auto inducidos (al principio del curso de la enfermedad) y laxantes; afectando mayormente a mujeres en naciones industrializadas (Kail & Cavanaugh, 2006).

Todos estos retos, se presentan junto con situaciones nuevas y cambiantes, así como con una gran carga emocional y coinciden en el momento (adolescencia) en que las personas deben tomar decisiones importantes en cuanto a su futuro, amistades, relaciones y otras, que de una manera u otra deben ser guiadas adecuadamente. De este modo, es necesario atender adecuadamente otros riesgos psicológicos en la adolescencia como la ansiedad y la depresión, que pueden desencadenar en conductas de riesgo comprometiendo el bienestar social y la salud mental de la persona.

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, en la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04 en el año 2015.

2.1.2. Específicos.

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato pertenecientes a la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato pertenecientes a la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04.
- Elaborar un informe de resultados para el establecimiento perteneciente a la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04.

2.2. Preguntas de investigación.

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

2.3. Diseño de investigación.

Para llevar a cabo la presente investigación, se utilizó el tipo de investigación descriptivo, para de esta manera identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental

y consumo problemático de sustancias, además conocer las situaciones predominantes a través del análisis de la distribución del estrés psicológico percibido y otras variables mediadoras que influyen en el consumo de sustancias y la salud mental: apoyo social, personalidad, estilos de afrontamiento y resiliencia; además de los indicadores de criterio de salud mental: niveles de ansiedad y depresión, consumo de sustancias y satisfacción vital en la comunidad de los estudiantes de primer y segundo año de bachillerato en la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04.

2.4 Contexto.

La historia de la institución educativa donde se realizó la presente investigación, se fundó el 20 de septiembre de 1985, mediante el acuerdo ministerial No. 10115, bajo la dirección del que fue en ese entonces Ministro de Educación el Dr. Camilo Gallegos, bajo la presidencia de la República, el Ing. León Febres Cordero, quienes a pedido del Econ. Jorge Marcelo Barba, aceptaron la petición de mejorar el nivel cultural y educativo-técnico del país. Es entonces que bajo la mentoría y rectoría del Economista, se creó un modelo educativo centrado exclusivamente en el desarrollo de la zona estableciendo dos especializaciones: Técnica de Agropecuaria y Agroindustria de alimentos. Posteriormente, en el año 2002, la entonces rectora del colegio, Mcs. Gladys Hidalgo, se centró en actualizar las modalidades técnicas debido a que en el lugar no existían instituciones de carácter fiscal con especialidades técnicas que apoyen al florecimiento y crecimiento de la zona en el gran incremento de construcciones, fábricas y talleres que necesitaban mano de obra calificada, por lo que se deciden las modalidades de Mecanizado y Construcciones metálicas. Finalmente en el año 2006, mediante acuerdo ministerial No. 14-73 del 31 de julio, se resuelve el incremento de la especialización Electromecánica Automotriz, complementada con Mecanizado y Construcciones Mecanizadas ya mencionada. En la actualidad, el colegio cuenta con aproximadamente 600 estudiantes.

La Visión del colegio es:

“El establecimiento educativo consolidará su infraestructura física y su implementación técnica, para convertirnos en líderes de la educación en las especialidades 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 colegio es:

“El establecimiento educativo 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”.

La institución educativa se desenvuelve bajo el régimen de la sierra; de acuerdo a sus características es de tipo fiscal, mixto y actualmente se encuentra supervisada por el Ministerio de Educación del Ecuador. La institución se encuentra localizada en la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04. La población de estudiantes se divide en: educación inicial, primaria y bachillerato.

El establecimiento se desarrolla bajo modelo pedagógico constructivista y su oferta académica se presenta en dos figuras profesionales, mediante una formación técnica: Mecanizado y construcciones mecánicas; y Electromecánica automotriz.

De acuerdo con este modelo, la práctica de enseñanza-aprendizaje está orientada al descubrimiento de nuevos conocimientos a partir de una enseñanza teórica-práctica que permita a los bachilleres una formación técnica y les brinde la oportunidad de desenvolverse en el ámbito laboral.

2.5. Población:

La selección de la población y muestra, se obtuvo mediante el muestreo causal 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 pertenezcan a establecimientos educativos mixtos, diurnos, privados, fiscales y fiscomisionales del Ecuador en el año 2015.

La muestra objeto de investigación fueron 36 estudiantes del colegio, distribuidos en:

- 21 estudiantes de primero y,
- 15 estudiantes de segundo año de bachillerato.

Los investigados contaron con las siguientes características:

1. Pertener 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:

- El método descriptivo, que permite explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- 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.
- 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 investigación se aplicó la técnica de la encuesta, que nos permitió recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio. La batería o cuestionario estuvo compuesta por 10 instrumentos que se detallan a continuación:

Las variables y escalas de medida de evaluación utilizadas en este estudio fueron: Un cuestionario para determinar variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de residencia, etc. Un cuestionario de Estrés psicológico: Perceived Stress Scale (PSS-14), cuatro cuestionarios para variables mediadoras: Estilo de afrontamiento, mediante el "Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)", tipo de personalidad con el "Type A Behavior Scale", apoyo social "UCLA Loneliness Scale Revised" y resiliencia con el 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 screening test (ASSIST)", ansiedad y depresión "Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)" y satisfacción vital con el "Life Satisfaction Question (LSQ)".

El cuestionario sociodemográfico constituido por 10 preguntas, consideró variables psicosociales y de salud mediante los siguientes ítems: Sexo, edad: (años), peso: (libras), altura, nivel de estudios, tipo de establecimiento, estado civil, ocupación principal, zona donde vive y con quienes vive la persona encuestada.

El cuestionario Perceived Stress Scale (PSS-14), el cual mediante 14 reactivos, evalúa la percepción de estrés actual y 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 de Inflexibilidad psicológica: Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7), que cuenta con 7 preguntas, evalúa la evitación experiencial o por el contrario flexibilidad psicológica, ambos considerados constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.

El cuestionario para evaluar la variable de personalidad: Type A Behavior Scale (personalidad tipo A), mediante 10 ítems, permite evaluar 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.

Un cuestionario de Apoyo social: UCLA Loneliness Scale Revised-Short, que cuenta con 11 ítems, sirve para evaluar la variable de sensación subjetiva de soledad, entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.

Un cuestionario de Resiliencia: Brief Resilience Scale (BRS) con 6 ítems, evalúa la capacidad de las personas de adaptarse al estrés, a través de la capacidad de recuperación de las personas; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés u situaciones adversas.

Un cuestionario para evaluar el consumo problemático de alcohol: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), constituido por 10 preguntas, con la finalidad de identificar 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 perjudicial.

Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), para evaluar mediante 11 preguntas, las variables de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros.

Un cuestionario para evaluar las variables de Ansiedad y Depresión: Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4), que cuenta con 7 ítems, 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.

Un cuestionario para evaluar la Satisfacción vital: Satisfaction Life Question (LSQ) (Hell), que responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos, mediante un único ítem.

2.6.2.2. Técnicas de investigación bibliográfica.

Se desarrolló la investigación bibliografía mediante la recolección comparación, análisis, conclusiones y recomendaciones, y de esa manera identificar los aportes teóricos, conceptuales y experimentales que nos permiten fundamentar la investigación.

2.7. Procedimiento.

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

Seguidamente se procedió a desarrollar el marco teórico que nos permitió tener una fundamentación teórica de las variables estudiadas: salud mental, estrés psicológico, apoyo social, estilos de afrontamiento, personalidad, resiliencia, ansiedad/depresión, consumo de sustancias, 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.

Por otro lado se procedió a identificar un establecimiento educativo que cumpla con las características requeridas necesarias para la aplicación del estudio. Mediante un proceso de socialización con las autoridades sobre la problemática planteada, se expuso el procedimiento, 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 que necesario para su aplicación.

Inmediatamente 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 padres o representantes de los estudiantes. Se realizaron las 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 la misma manera, cada participante recibió una carta de asentimiento informado, la cual le permitió decidir si deseaba o no colaborar con esta investigación.

En seguida se clasificó la información obtenida, se procedió a codificar las baterías para su respectiva aplicación. Los estudiantes recibieron la información precisa acerca de este proceso, se tuvo un tiempo de socialización y aclaración de dudas, además de la explicación del tiempo aproximado que tomaría el proceso de la aplicación de la encuesta y la confidencialidad de los datos recabados. Posteriormente se aplicó la batería de instrumentos a los estudiantes para su ingreso de datos en una matriz que permitió el análisis de datos del presente estudio. Continuando el proceso, se elaboró el informe de resultados para el centro educativo.

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

2.8. Recursos.

Se emplearon los siguientes recursos:

Talento Humano.

- Directora y Tutora del proyecto.
- Tesista.
- Rectora del establecimiento.
- 36 estudiantes participantes.
- 36 representantes legales de los participantes.

Recursos materiales y económicos.

- Computadora
- Internet.
- Impresora y cartuchos de tinta.
- 36 foto copias
- 2 fotos copias.
- 50 Esferográficos.
- CD
- Resma de papel bond

Recursos económicos.

Tabla 1. Recursos económicos

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Asesoría Seminario de titulación.	US\$ 767.21	US\$ 767.21
2	Transporte a la defensa del proyecto	US\$ 134	US\$ 134
3	Noches de hospedaje	US\$ 50	US\$150
3	Alimentación	US\$ 15	US\$ 45
	Movilización		US\$ 40
250	Copias de instrumentos	US\$ 0.05	US\$ 12.5
	CD en blanco	US\$ 0.50	US\$ 0.50
40	Esferográficos	US\$ 0.40	US\$ 16
5	Anillados	US\$ 4	US\$ 20
1	Resma de papel bond	US\$ 5	US\$ 5
1	Computadora con conexión a internet		
1	Impresora		
2	Tintas para impresoras	US\$ 35	US\$ 70
	Imprevistos		US\$ 40
TOTAL			US\$ 1300.21

Elaborado por: Cecilia Marité Delgado Pabón

Recursos institucionales.

- Universidad Técnica Particular de Loja.
- Institución educativa de la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04.

CAPÍTULO III.
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. Datos sociodemográficos

Para la presente investigación, participaron 36 estudiantes de primer y segundo año de bachillerato, a los que se les aplicó en primer lugar, un cuestionario de variables sociodemográficas, proporcionando datos como: sexo, edad, peso, altura, nivel de estudios, año de bachillerato, etc.

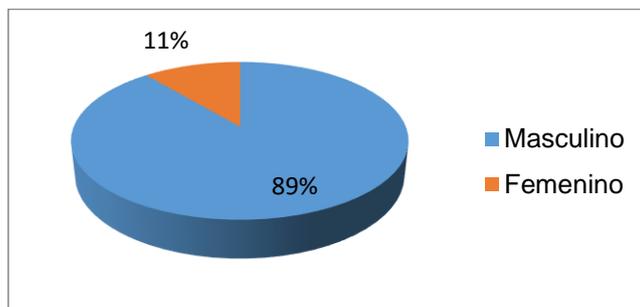


Figura 1. Género de los participantes

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 podemos observar en la figura No. 1 en relación a la variable de género, la muestra investigada se distribuye de la siguiente manera, el 89% es de género masculino y el 11% corresponde al género femenino.

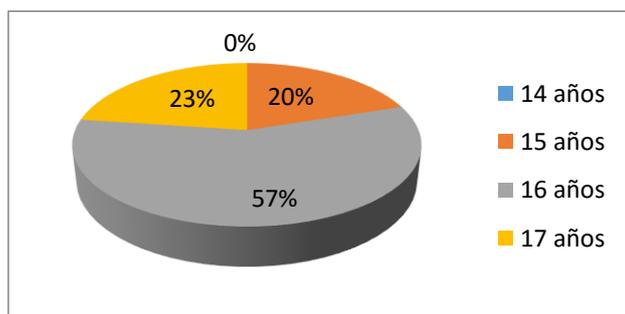


Figura 2. Edad de los participantes

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 No. 2 podemos observar que del total de la muestra investigada en relación a la variable edad, se distribuye de la siguiente manera, el 57% poseen 16 años, siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 23% revelan tener 17 años y finalmente el 20% tiene 15 años de edad.

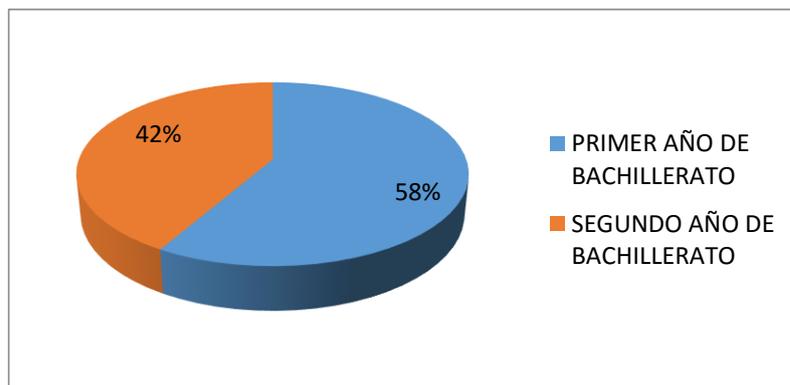


Figura 3. Año de bachillerato

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.

En cuanto a la variable de año de bachillerato, la figura No. 3 indica que existe mayor número de investigados en el primer año de bachillerato con un porcentaje de 58%, respecto al 42% de segundo año de bachillerato.

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, este análisis permitió definir si las variables se consideran como variables protectoras o variables de riesgo para la muestra investigada.

Los resultados obtenidos más relevantes fueron los siguientes:

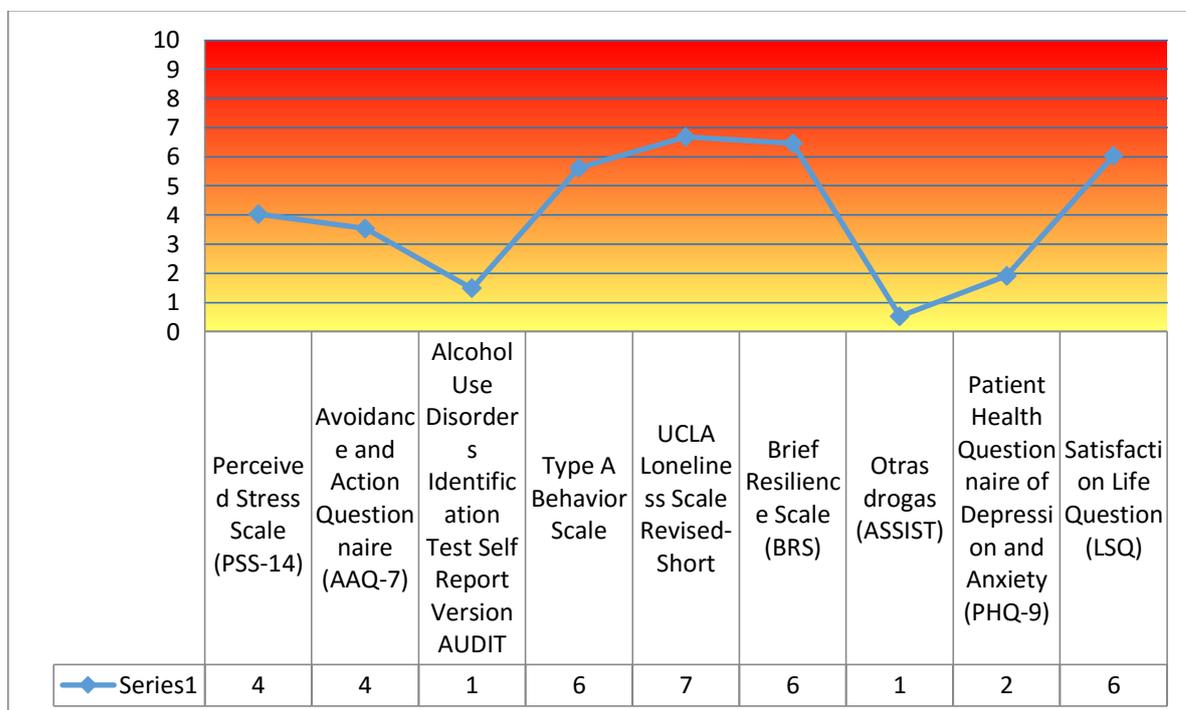


Figura 4. Batería con resultados estandarizados.

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 observar en la figura No. 4, los resultados estandarizados para ambos géneros, se observa que las variables de: estrés, estilo de afrontamiento, consumo de sustancias, resiliencia, ansiedad y depresión y la variable de satisfacción vital, son las variables de protección para la muestra investigada, mientras que la variable tipo de personalidad y apoyo social son las variables de riesgo para la muestra investigada.

TABLA 2. Frecuencia de estrés percibido.

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En la figura No. 4 se observa que la variable de estrés, se ubica en 4 puntos. De esta manera, se puede observar en la tabla No. 1, que los puntajes de frecuencias más elevados se ubicaron en los valores que indican poco estrés, así por ejemplo, 15 encuestados “a menudo” pudieron controlar las dificultades de su vida en el último mes (reactivo 9), 14 de los encuestados “nunca” se han sentido incapaces de controlar las cosas importantes en su vida (reactivo 2) y por último 13 de los encuestados “casi nunca” se han sentido afectados por algo que les ocurrió repentinamente en el último mes (reactivo 1).

Es por estos datos, que la variable de estrés psicológico se considera como una variable de protección para la muestra investigada.

TABLA 3. Frecuencia de flexibilidad e inflexibilidad psicológica (estilos de afrontamiento)

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	16	9	4	5	0	1	1
2	12	8	3	6	5	0	2
3	12	10	3	4	3	1	3
4	18	11	1	2	2	0	2
5	11	9	6	5	1	1	3
6	15	12	4	2	1	0	2
7	15	8	1	7	1	1	3

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Por otro lado, analizando la variable de estilo de afrontamiento que se relaciona con la flexibilidad psicológica, podemos verificar que la muestra investigada reflejó una puntuación de 4, lo cual está por debajo de la media. De esta manera, como se puede observar en la tabla No. 2, la distribución de la mayoría de las frecuencias se concentró en el menor puntaje de “nunca es verdad”, siendo los dos principales, el reactivo 4 y el 1, que se refieren a que 18 participantes indicaron que “nunca es verdad” que sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena y 15 encuestados indicaron que “nunca es verdad” que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que sea difícil vivir la vida que querrían, respectivamente. Por lo tanto, se considera al estilo de afrontamiento como una variable protectora para la muestra investigada.

TABLA 4. Frecuencia de consumo de alcohol

Rango	PUNTUACIÓN		
	TOTAL	SOBRE 10 PUNTOS	%
Consumo prudente o bajo riesgo	26	6,5	72,2
Consumo de riesgo	4	1	11,1
Consumo perjudicial	0	0	0,0
Síndrome de dependencia	6	1,5	16,7
Total	36		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.

En la figura No. 4, se observa que la puntuación general fue de 1, resultado por debajo de la media con un puntaje consideradamente bajo, de esta manera se puede observar en la tabla

No. 3, que el 72.2% muestra un consumo prudente de bebidas alcohólicas o de bajo riesgo que incluye únicamente a aquellos participantes consumen alcohol, por lo que se la define como una variable de protección para la muestra investigada.

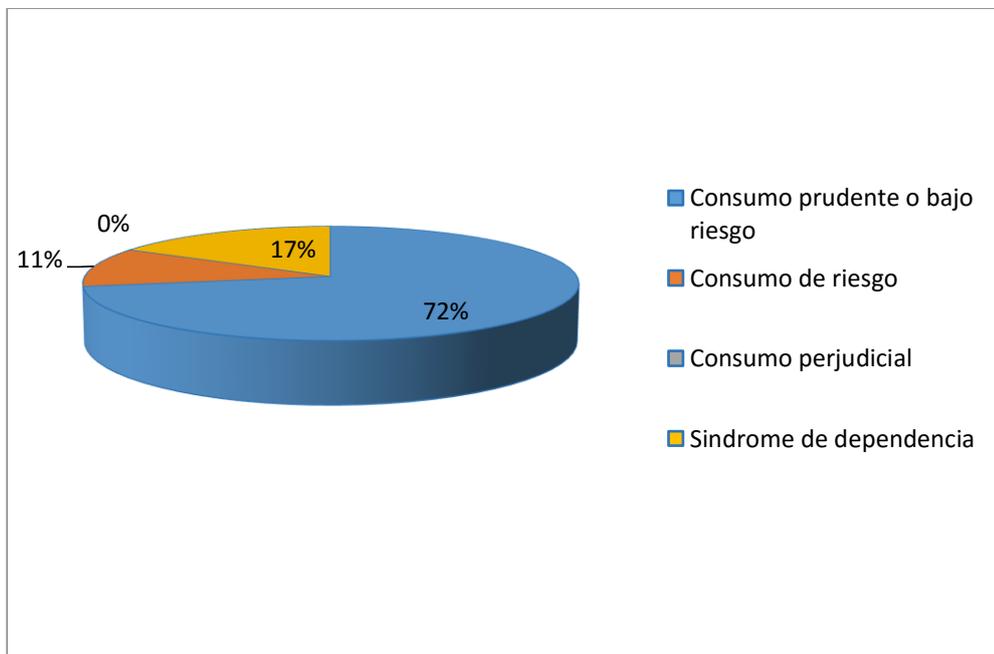


Figura 5. Consumo de alcohol

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.

La figura No. 5 expone únicamente a los encuestados que respondieron que si consumen la sustancia, de esta manera acorde con la distribución de los porcentajes, el 72% presenta consumo prudente, el 17% de los encuestados, presenta síndrome de dependencia, el 11% muestra un consumo de riesgo para esta variable y el 0% presenta consumo perjudicial, sin embargo, considerando los valores de la media, igual se la considera como una variable protectora para la muestra general de hombres y mujeres.

TALBLA 5. Frecuencia de tipo de personalidad.

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	18	12	3	3
2	3	8	12	13
3	13	13	5	5
4	4	11	10	11
5	8	11	10	7
6	5	8	11	11
Reactivo	Si		No	
7	23		13	
8	25		11	
9	22		14	
10	22		14	

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 tipo de personalidad en la figura No. 4, se observó una puntuación general de 6. De esta manera, observamos en la tabla No. 4, que 30 participantes tienen un fuerte deseo de sobresalir en la mayoría de las cosas (reactivo 1), por otro lado, 25 participantes no se sienten presionados por el tiempo (reactivo 2) y, sin embargo, 25 estudiantes reflejaron que el estudio/trabajo los ha llevado al límite del agotamiento (reactivo 8).

Esta escala, que evalúa el tipo de personalidad, como se indica en la literatura (UTPL., 2015), en cuanto a la presión que el trabajo o el estudio ejerce sobre las personas, la dureza y competitividad con la que llevan a cabo su vida, y la personalidad propiamente dicha, que se define por un complejo acción-emoción caracterizada por la competitividad, reflejó valores generales de 6 como se mencionó antes, por lo tanto, es una variable de riesgo por alejarse un punto de la media establecida.

TABLA 6. Frecuencia de apoyo social

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

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 lo que se puede apreciar en la figura No. 4, los resultados de la variable de apoyo social, medida por la sensación subjetiva de soledad (UCLA), reflejó un puntaje de 7, lo cual permite apreciar que la muestra investigada presentó altos niveles subjetivos de soledad y a la vez demuestra que el apoyo social es una variable de riesgo. De esta manera, analizando las frecuencias en la tabla No. 5, las concentraciones más representativas de puntuaciones, se encuentran en niveles medios con tendencia a niveles altos, así 29 estudiantes respondieron que “rara vez” o “a veces” sienten que sus intereses e ideas no son compartidos por quienes los rodean (reactivo 8), 27 estudiantes sienten que “rara vez” o “a veces” sienten que les falta compañía y, 26 estudiantes respondieron que “rara vez” o “a veces” se sienten tímidos (reactivo 17).

En consecuencia, la muestra investigada percibe no tener suficiente apoyo social, y por lo tanto se considera como una variable de riesgo.

TABLA 7. Frecuencia de resiliencia

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), como se puede observar en la figura No. 4, la muestra investigada se ubicó con una puntuación de 6, con un punto elevado respecto a la media. De esta manera, de acuerdo con la distribución de frecuencias para la variable de resiliencia en la tabla No. 6, observamos que 25 estudiantes reflejaron respuestas dentro de los valores de “neutral” y “de acuerdo” en que tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles (reactivo 1), por otro lado 22 estudiantes indican, que de manera “neutral” o “de acuerdo” no les lleva mucho tiempo recuperarse de situaciones estresantes (reactivo 3) y de la misma manera, 22 estudiantes sienten que les es difícil recuperarse cuando algo malo les sucede (reactivo 4).

Por lo tanto, al analizar los valores, se concluye que la resiliencia es una variable de protección por tener un puntaje de 6, para la muestra investigada.

TABLA 8. Porcentajes de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	63,9	30,6	2,8	2,8	0,0
2	77,8	22,2	0,0	0,0	0,0
3	63,9	27,8	0,0	8,3	0,0
4	69,4	30,6	0,0	0,0	0,0
5	94,4	5,6	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	83,3	16,7	0,0	0,0	0,0
8	97,2	2,8	0,0	0,0	0,0
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	97,2	2,8	0,0	0,0	0,0
11	91,7	8,3	0,0	0,0	0,0

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En el caso de la variable consumo de otras drogas (ASSIST) la puntuación fue de 1 de acuerdo a lo observado en la figura No. 4, lo cual es considerablemente bajo respecto a la puntuación máxima. Es importante considerar, como se muestra en la tabla No. 7, que el 100% de la muestra indica que en los últimos tres meses, nunca han consumido anfetaminas (reactivo 6) ni alucinógenos (reactivo 9), el 97.2% indica que nunca ha consumido sedantes (reactivo 8) ni opiáceos (reactivo 10) en los últimos tres meses, sin embargo, el 8.3% de los participantes indican que han consumido alcohol cada semana en los últimos tres meses (reactivo 3) y el 2.8% indican que cada semana ha consumido drogas en los últimos tres meses (reactivo 1).

Según estos valores, y lo expresado en la figura No. 4 con un valor de 1, se determina que esta es una variable de protección para la muestra investigada.

TABLA 9. Frecuencia de depresión y ansiedad

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	15	14	4	3
2	16	13	5	2
3	24	8	2	2
4	21	8	4	2
5	20	8	5	3
6	24	7	0	5
7	27	7	1	1
8	30	4	0	2
9	28	2	5	1

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a lo observado en la figura No. 4, se muestra que los valores para las variables de depresión y ansiedad (PHQ-9), la puntuación fue de 2, siendo una variable protectora, al ubicarse muy por debajo de la media. De este modo, como observamos en la tabla No. 8, 30 encuestados indicaron que “nunca” están tan inquietos o intranquilos que dan vueltas de un lugar a otro más que de costumbre (reactivo 8), 28 estudiantes “nunca” han pensado que sería mejor estar muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma (reactivo 9) y por último 27 participantes reflejaron que “nunca” han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión (reactivo 7), estos datos concuerdan con lo expresado en la figura No. 4 para determinar a esta variable como protectora para la muestra investigada.

TABLA 10. Frecuencia de satisfacción vital

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	0	0	0	1	5	0	4	2	6	9	27

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 tenemos a la variable de satisfacción vital, que como se indica en la figura No. 4, la puntuación general fue de 6 puntos ubicándose sobre la media, lo que define que la muestra investigada reflejó tener una buena satisfacción con su vida en general, constituyendo una variable de protección. Como se puede observar en la tabla No. 6, 21 de

los 27 encuestados que respondieron a esta pregunta, lo hicieron con valores entre 7 y 10 que corresponden a valores satisfactorios y óptimos para esta variable constituyendo la amplia mayoría, que la sostiene como variable protectora para la muestra investigada

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, para definir las variables como protectoras o de riesgo

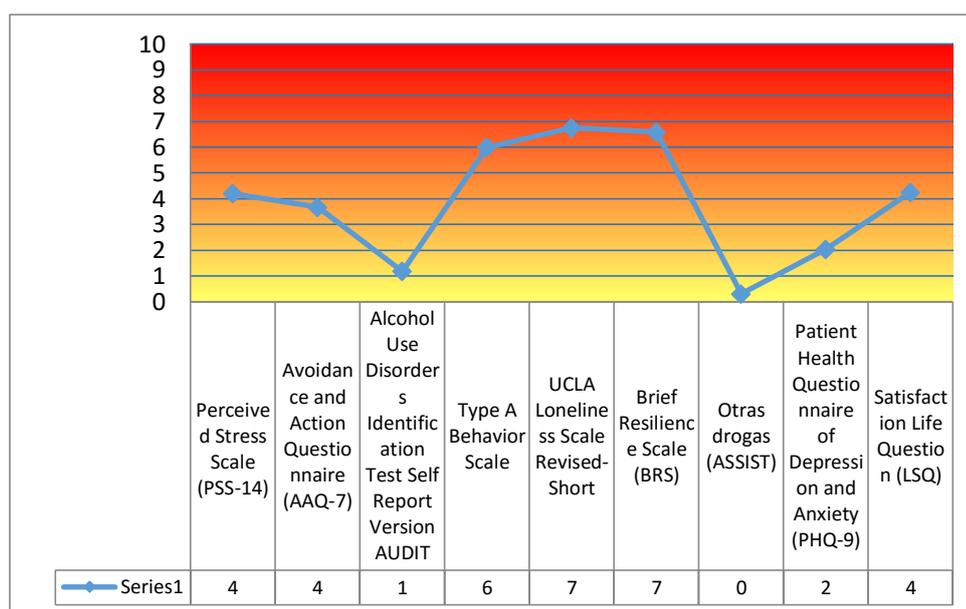


Figura 6. Batería con los resultados estandarizados. Género femenino.

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De esta manera, se consideraron como variables de protección para la muestra femenina, a las variables de estrés, estilo de afrontamiento, consumo de sustancias, resiliencia y la ansiedad y depresión. Las variables de riesgo para la muestra femenina fueron el tipo de personalidad, el apoyo social y la satisfacción vital.

TABLA 11. Frecuencia de estrés percibido. Género femenino

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Respecto a los resultados obtenidos en la figura No. 6, se pudo evidenciar que la muestra investigada referente al género femenino en la variable estrés, mostró un resultado de 4 puntos, lo cual determina ser una variable de protección. De esta manera, la mayoría de las participantes indicaron que “nunca” o “casi nunca” se han sentido incapaces de controlar las cosas importantes de su vida en el último mes (reactivo 2), la misma cantidad indicó también que “nunca” o “casi nunca” han sentido que las dificultades se han acumulado tanto que no pueden superarlas en el último mes (reactivo 14), por otro lado la mayoría de las mujeres indicó que “a menudo” o “muy a menudo” han sentido que han afrontado con eficacia los cambios importantes que están ocurriendo en su vida en el último mes (reactivo 5).

En base a estos resultados, se considera a la variable de estrés como protectora para la muestra femenina investigada.

TABLA 12. Frecuencia de flexibilidad e inflexibilidad psicológica (estilos de afrontamiento). 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	2	1	0	0	0	1	0
2	1	0	0	2	1	0	0
3	1	2	0	0	0	1	0
4	3	0	0	0	1	0	0
5	1	1	1	1	0	0	0
6	1	2	1	0	0	0	0
7	2	1	0	0	0	0	1

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato de Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En la figura No. 6, se observa que la muestra femenina obtuvo un valor de 4 para la variable de estilo de afrontamiento que se midió en cuanto a la inflexibilidad/flexibilidad psicológica (AAQ-7), valor que está por debajo de la media, por lo tanto, se determina como una variable de protección.

Según lo observado en la tabla No. 11, encontramos que 3 de las encuestadas opina que “nunca es verdad” que sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena (reactivo 4), la mayoría respondieron que “nunca es verdad” o “muy raramente es verdad” a que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea difícil vivir la vida que querrían (reactivo 1), y la misma cantidad de mujeres opinaron que “nunca es verdad” o “muy raramente es verdad” que sus preocupaciones interfieren en el camino de lo que quieren conseguir (reactivo 7).

TABLA 13. Porcentajes de consumo de alcohol. 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.

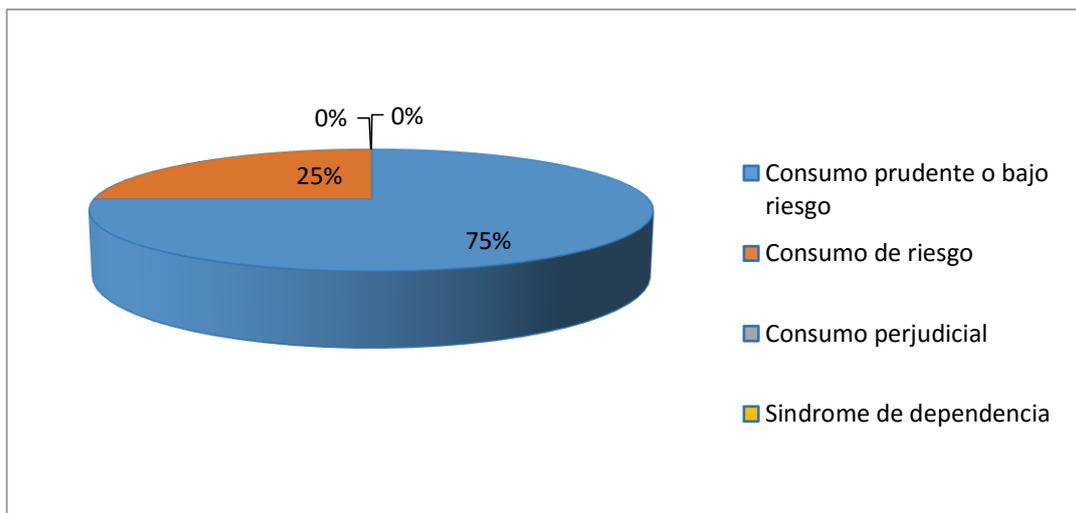


FIGURA 7. Porcentajes consumo de alcohol. Género femenino

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.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), como se puede observar en la figura No. 6, la puntuación fue de 1, valor muy por debajo de la media, por lo que se puede afirmar que se presenta como variable de protección.

Esto se determina también según los resultados de la figura No. 7 o en la tabla No. 12 que incluye únicamente a las encuestadas que expresaron que si consumen alcohol, así el 75% de la muestra femenina investigada muestra un consumo prudente de bebidas alcohólicas o de bajo riesgo, sin embargo, el 25% de la muestra que consume alcohol, presenta un consumo de riesgo y por otro lado no existen investigadas que presenten consumo perjudicial o síndrome de dependencia.

TABLA 14. Frecuencia de tipo de personalidad. Género femenino

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

Al interpretar los resultados de la variable de tipo de personalidad (Type A Behavior Scale) en la figura No. 6, se observó que la muestra femenina obtuvo una puntuación de 6, medida por el tipo de personalidad tipo A.

De este modo, como podemos apreciar en los resultados más representativos de las frecuencias en la tabla No. 13, todas las investigadas expresaron que “sí” llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar (reactivo 7), la mayoría expresó que el estudio les ha llevado al límite del agotamiento (reactivo 8), del mismo modo 3 de 4 participantes expresó que alguna vez se han sentido insatisfechas con su rendimiento académico (reactivo 9) y por último, otro reactivo representativo es el número 4, en el que la mayoría expresa que “casi nunca” se sienten autoritarias y dominantes.

Estos datos permitieron afirmar que la variable de tipo de personalidad es una variable de riesgo, para la muestra femenina investigada.

TABLA 15. Frecuencia de apoyo social. Género femenino

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En la figura No. 6, los resultados de la variable de apoyo social que se midió mediante el cuestionario de sensación subjetiva de soledad (UCLA) en la muestra de mujeres, reflejó un puntaje de 7, lo cual permitió apreciar que la muestra femenina presenta altos niveles subjetivos de soledad.

Los resultados de las frecuencias presentadas en la tabla No.14, muestran que todas las participantes “a veces” se sienten tímidas (reactivo 17), de la misma manera, todas las investigadas respondieron que “a veces” les falta compañía (reactivo 2) y 3 de 4 investigadas, respondieron que “a veces” sienten que hay personas con las que pueden contar (reactivo 20), siendo estos indicadores de sensación subjetiva de soledad, que refleja una puntuación baja de apoyo social, constituyendo por lo tanto en una variable de riesgo.

TABLA. 16 Frecuencia de resiliencia. Género femenino

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

En el caso de la variable de resiliencia (Brief Resilience Scale), se puede observar en la figura No. 6, que la muestra femenina se ubica con una puntuación de 7.

En la tabla No.15, se puede apreciar que la mayoría de las participantes reflejó un puntaje “neutral” para el reactivo 5 que se refiere a que normalmente pasan momentos difíciles sin gran problema, la mayoría también indicó en las escalas “de acuerdo” o “muy de acuerdo” a que tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles (reactivo 1), sin embargo, la mayoría de las encuestadas expresan en el reactivo 6, que “de acuerdo” o “muy de acuerdo”, suele llevarles mucho tiempo superar las complicaciones en su vida.

Estos valores reflejan que las encuestadas poseen una alta capacidad de adaptarse al estrés y como se expresó antes, el valor de 7 indica que la resiliencia es una variable protectora para la muestra femenina investigada.

TABLA 17. Porcentaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. 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	75,0	25,0	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.

Para el análisis del ASSIST que evaluó la variable de consumo de sustancias en cuanto al alcohol, tabaco y otras drogas, se puede observar en la figura No. 6, que la muestra femenina reflejó una puntuación de 0.

Como se puede observar en la tabla No.16, todas las participantes indicaron que nunca han consumido cocaína (reactivo 5), tampoco anfetaminas (reactivo 6), ni inhalantes (reactivo 7), tampoco sedantes (reactivo 8), alucinógenos (reactivo 9), opiáceos (reactivo 10) y tampoco otras sustancias psicoactivas en el último mes. Sin embargo, una de las participantes indicó que ha consumido drogas en los últimos tres meses (reactivo 1) una o dos veces, de igual manera una de las participantes indicó que una o dos veces ha consumido tabaco en los últimos tres meses (reactivo 2) también alcohol (reactivo 3) y cannabis (reactivo 4).

En base a estos resultados, se establece a la variable de consumo de sustancias, como protectora para la muestra femenina investigada.

TABLA 18. Frecuencia de ansiedad y depresión. Género femenino

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a lo observado en la figura No. 6, los valores para la variable depresión y ansiedad, reflejaron una puntuación de 2.

Se puede analizar de acuerdo a la tabla No.17, que la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad asociados al deterioro social presentes en las últimas dos semanas, muestran que todas las investigadas reflejaron que “nunca” han tenido problemas para dormir, mantenerse despiertas o duermen demasiado (reactivo 3), la mayoría consideran que “nunca” han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión (reactivo 7), la mayoría de las encuestadas también indicaron que “nunca” están tan inquietas o intranquilas que dan vueltas de un lugar a otro más que de costumbre (reactivo 8), sin embargo la mayoría de las investigadas indicaron que “varios días” se han sentido tristes, deprimidas o desesperadas (reactivo 2) y se sienten cansadas o tienen poca energía (reactivo 4).

Con estos resultados, tanto los mostrados en la figura No. 6 como en la tabla No.17, indican que la variable de ansiedad y depresión es una variable de protección para la muestra femenina.

TABLA 19. Frecuencia de satisfacción vital. Género femenino

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

Finalmente se tiene la variable de satisfacción vital, que como se indica en la figura No. 6, la puntuación general fue de 4 ubicándose un punto bajo la media, lo que define que la muestra femenina investigada considera tener una baja satisfacción con su vida en general que se relaciona con una calidad de vida menor a la esperada y por lo tanto es una variable de riesgo para la muestra de género femenino.

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, mediante el cual se definieron ciertas variables como protectoras y otras como variables de riesgo.

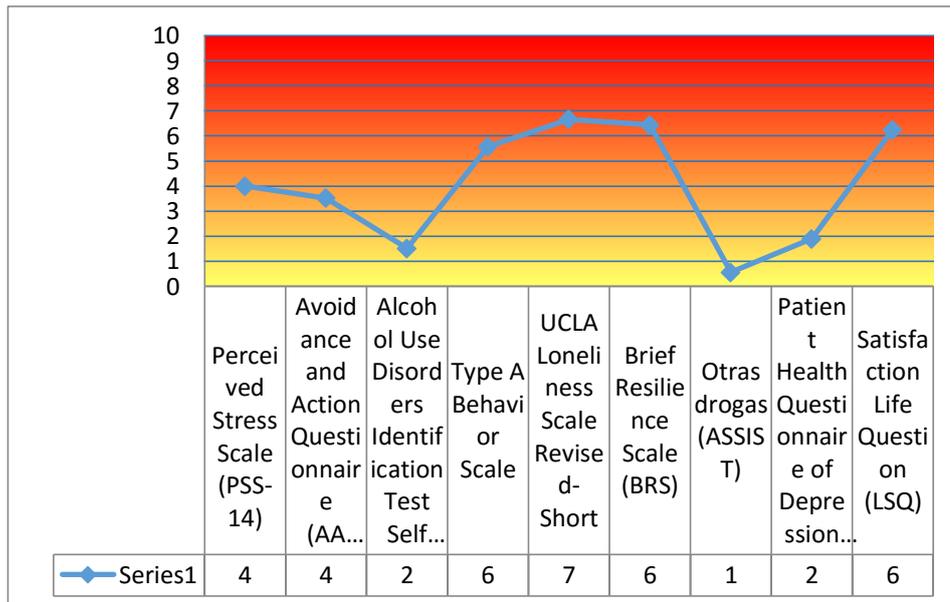


FIGURA 8. Batería con resultados estandarizados género masculino.

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se consideran como variables de protección para la muestra masculina, a la variable de estrés, estilo de afrontamiento, consumo de sustancias, resiliencia, ansiedad y depresión y

la satisfacción vital. Las variables de riesgo para la muestra masculina fueron el tipo de personalidad (medido por la escala Type A Behavior Scale) y el apoyo social (medido por la escala UCLA).

TABLA 20. Frecuencia de estrés percibido. Género masculino

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

Respecto a los resultados obtenidos en la figura No. 8, se puede evidenciar que la muestra de género masculino en la variable estrés, reflejó un puntaje de 4 puntos en la escala.

Los participantes varones según la tabla No. 19, indicaron en los reactivos más representativos que, 14 de los participantes, “a menudo” han podido controlar las dificultades de su vida (reactivo 9), 13 participantes expresaron que “nunca” han sentido ser incapaces de controlar las cosas importantes de su vida (reactivo 2), 11 encuestados indicaron que “casi nunca” se han sentido afectados por algo que les ha ocurrido inesperadamente (reactivo 1), de igual manera, 11 varones “casi nunca” se han sentido nerviosos o estresados en el último mes (reactivo 3), y, la misma cantidad de participantes varones expresó que “casi nunca” en el último mes han sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas (reactivo 14).

Estos resultados indican que la variable de estrés es una variable de protección para la muestra masculina investigada.

TABLA 21. Frecuencia de estilo de afrontamiento (flexibilidad e inflexibilidad psicológica). 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	14	8	4	5	0	0	1
2	11	8	3	4	4	0	2
3	11	8	3	4	3	0	3
4	15	11	1	2	1	0	2
5	10	8	5	4	1	1	3
6	14	10	3	2	1	0	2
7	13	7	1	7	1	1	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 igual manera, como se puede observar en la figura No. 8, la muestra masculina reflejó un valor de 4 para la variable estilo de afrontamiento, relacionada con inflexibilidad/flexibilidad psicológica (AAQ-7).

La tabla No. 20, muestra que 15 de los investigados indicaron que “nunca es verdad” que sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena (reactivo 4), 14 encuestados indicaron que “nunca es verdad” que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea difícil vivir la vida que querrían (reactivo 1) y la misma cantidad de varones indicaron que “nunca es verdad” que parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que ellos (reactivo 6).

Así, al comparar estos datos con los de la tabla No. 8, se corrobora el resultado de encontrar que el estilo de afrontamiento, es una variable de protección para la muestra masculina en contra de un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.

TABLA 22. Porcentajes de consumo de alcohol. Género masculino

Rango	PUNTUACIÓN		
	TOTAL	SOBRE 10 PUNTOS	%
Consumo prudente o bajo riesgo	23	5,75	71,9
Consumo de riesgo	3	0,75	9,4
Consumo perjudicial	0	0	0,0
Síndrome de dependencia	6	1,5	18,8
Total	32		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.

Respecto a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), de acuerdo a la puntuación observada en la figura No. 8 es de 2 puntos, lo cual significa que los varones no presentan en general, patrones de consumo perjudicial o de riesgo en esta variable.

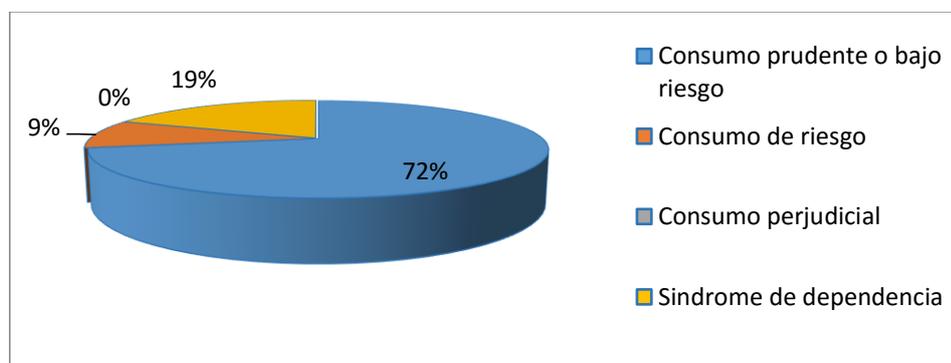


FIGURA 9. Porcentajes de consumo de alcohol. Género masculino.

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.

Para confirmar el análisis de la información obtenida, se puede observar en la tabla No. 21 o la figura No.11, que el 72% de la muestra manifiesto tener un consumo de alcohol prudente o de bajo riesgo, este porcentaje también incluye a los participantes que indicaron no tener consumo alguno de alcohol, sin embargo el 19% de la muestra masculina presenta síndrome de dependencia, acompañado de un 9% que presenta consumo de riesgo,

De esta manera, los datos concuerdan en que existe una gran mayoría de jóvenes que presenta un consumo de bajo riesgo, por lo que se determina que esta es una variable de protección para la muestra masculina investigada.

TABLA 23. Frecuencia de tipo de personalidad. Género masculino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	15	12	2	3
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	3	6	10	13
3	13	11	3	5
4	4	11	7	10
5	8	9	9	6
6	4	7	10	10
Reactivo	Si		No	
7	19		13	
8	22		10	
9	19		13	
10	20		12	

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En cuanto al análisis de la variable personalidad (Type A) en la figura No. 8, se observa una puntuación de 6 para la muestra de género masculino, lo que determina que es una variable de riesgo para esta muestra.

Según lo que se puede observar en la tabla No. 22, 15 varones expresaron que tienen un fuerte deseo por sobresalir (reactivo 1), 13 encuestados sienten que a menudo son muy exigentes y competitivos (reactivo 3), 19 varones expresaron que “sí” se llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello luego del horario escolar (reactivo 7), y también han sentido que el estudio o trabajo los ha llevado al límite del agotamiento (reactivo 8), por otro lado, la mayoría se sienten insatisfechos con su rendimiento académico (reactivo 9) y se sienten molestos cuando tienen que esperar algo o a alguien (reactivo 10).

Estos datos corroboran con que esta es una variable de riesgo para la muestra masculina investigada al comparar los datos de la figura No. 8 y la tabla No. 22.

TABLA 24. Frecuencia de apoyo social. Género masculino

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

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 lo que se puede apreciar en la figura No. 8, los resultados de la variable de apoyo social medido mediante el cuestionario de sensación subjetiva de soledad (UCLA) en la muestra de varones, reflejó un puntaje de 7, lo cual permite apreciar que la muestra masculina presenta altos niveles subjetivos de soledad y a la vez demuestra que la variable de apoyo social es una variable de riesgo.

Los resultados de las frecuencias presentadas en la tabla No. 23, muestran que las concentraciones de puntajes más representativas se encuentran en los niveles de “rara vez” y “a veces”, lo que representa en la escala puntajes medios con tendencia a puntajes altos como se puede observar en la tabla general, es así que 26 participantes varones indican que “rara vez” o “a veces” sienten que sus intereses e ideas no son compartidas por quienes les rodean (reactivo 8), 25 participantes de la muestra masculina indica que “rara vez” o “a veces”

sienten que les falta compañía (reactivo 2) y 22 jóvenes reflejan que “rara vez” o “a veces” se sienten tímidos (reactivo 17), siendo estos valores indicadores de una puntuación de bajo apoyo social.

TABLA 25. Frecuencia de resiliencia. Género masculino

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

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), como se puede observar en la figura No. 8, la muestra masculina se ubicó con una puntuación de 6, lo cual se aprecia como un punto elevado respecto a la media.

Como refleja la tabla No. 24, la mayoría de los valores son “neutros” para la mayoría de los reactivos, así, la respuesta neutral respondida en la mayoría de los casos es para los reactivos 1, 3 y 5, que se refieren a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles (13 encuestados), no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante (12 encuestados) y normalmente pasan los momentos difíciles sin gran problema (12 encuestados), respectivamente,

Esta información corrobora con el valor general de 6 correspondiente a la figura No. 8, para determinar que la muestra masculina investigada afronta situaciones adversas de manera positiva, constituyendo a la resiliencia como una variable de protección para la muestra masculina.

TABLA 26. Frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Género masculino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	20	10	1	1	0
2	25	7	0	0	0
3	20	9	0	3	0
4	22	10	0	0	0
5	30	2	0	0	0
6	32	0	0	0	0
7	26	6	0	0	0
8	31	1	0	0	0
9	32	0	0	0	0
10	31	1	0	0	0
11	29	3	0	0	0

Fuente: Programa Nacional de Investigación.

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al analizar la figura No. 8, se puede observar que el consumo de sustancias en la muestra masculina refleja un puntaje de 1, constituyendo un puntaje muy por debajo de la media que se determina como una variable de protección.

De acuerdo con lo reflejado en la tabla No. 25, la frecuencia con la que la muestra masculina ha consumido alcohol, tabaco y otras sustancias en los últimos tres meses, concentra la mayoría de sus valores en la categoría de “nunca” y además indica que los varones no consumen a diario o casi a diario ningún tipo de sustancias perjudiciales, es decir alcohol, tabaco y otras drogas. También se puede apreciar que un participante afirma consumir drogas cada mes o cada semana (reactivo 1). Por otro lado, se puede observar que las sustancias más consumidas por los varones son el alcohol, el cannabis e inhalantes (reactivos 3, 4 y 7, respectivamente).

TABLA 27. Porcentaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Género masculino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	62,5	31,3	3,1	3,1	0,0
2	78,1	21,9	0,0	0,0	0,0
3	62,5	28,1	0,0	9,4	0,0
4	68,8	31,3	0,0	0,0	0,0
5	93,8	6,3	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	81,3	18,8	0,0	0,0	0,0
8	96,9	3,1	0,0	0,0	0,0
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	96,9	3,1	0,0	0,0	0,0
11	90,6	9,4	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.

La tabla No. 26 refleja que los varones “nunca” han consumido anfetaminas y tampoco alucinógenos en los últimos tres meses (reactivos 6 y 9), sin embargo, el 9.4% de los encuestados afirma haber consumido alcohol cada semana en los últimos tres meses, el 28.1% de los varones ha consumido alcohol 1 o 2 veces en los últimos tres meses (reactivo 3) y el 31% indica que ha consumido cannabis 1 o 2 veces en los últimos tres meses (reactivo 4). Otros datos relevantes se dan en el uso de inhalantes y tabaco, que reflejan que el 18.8% de los encuestados ha inhalado esta sustancia 1 o 2 veces en los últimos tres meses (reactivo 7) y el 21.9% de los encuestados ha fumado tabaco 1 o 2 veces en los últimos tres meses (reactivo 2)

Sin embargo, el consumo general resultó ser mínimo, es decir que el consumo no suele darse frecuentemente o casi a diario, por lo que se considera que esta es una variable de protección para la muestra masculina.

TABLA 28. Frecuencia de ansiedad y depresión. Género Masculino

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	14	12	4	2
2	15	10	5	2
3	20	8	2	2
4	20	5	4	2
5	17	8	5	2
6	22	6	0	4
7	24	6	1	1
8	27	3	0	2
9	25	2	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.

De acuerdo a lo observado en la figura No. 8, se muestra que los valores para la variable depresión y ansiedad, reflejaron una puntuación de 2 para la muestra masculina, siendo una variable protectora, al ubicarse muy por debajo de la media.

Como se puede observar en la tabla No. 27, la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad asociados al deterioro social presentes en las últimas dos semanas, concentran su frecuencia en la categoría de “nunca”, es decir en 9 de 9 reactivos, reflejando una puntuación muy baja. De esta manera, los valores más representativos muestran que 27 de 32 participantes varones reflejaron que “nunca” se mueven o hablan tan despacio que otras personas pueden darse cuenta o que están tan inquietos que dan vueltas de un lugar a otro más que de costumbre (reactivo 8), 25 participantes indicaron que “nunca” ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma (reactivo 9) y por último, 24 de los encuestados “nunca” han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión (reactivo 7), constituyendo más bien una variable de protección en la muestra de género masculino analizada.

TABLA 29. Frecuencia de satisfacción vital. Género Masculino

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

Finalmente, la variable de satisfacción vital, que como se indica en la figura No. 8, cuenta con la puntuación general de 6, ubicándose un con punto sobre la media, define que la muestra masculina investigada considera tener una buena satisfacción con su vida en general, que se relaciona con una calidad de vida esperada. De acuerdo con estos datos, observamos en la tabla No. 28 que los valores para definir la satisfacción de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los encuestados varones, se concentran en valores superiores al valor neutro de 5, por lo que también de acuerdo al valor general de esta variable, el valor de 6, determina que la satisfacción vital es una variable de protección para la muestra masculina.

DISCUSIÓN.

De acuerdo a los objetivos planteados para la presente investigación, se determina que las variables protectoras para la salud mental de la muestra investigada, que según la relevancia de los resultados obtenidos son las siguientes: estrés psicológico, estilo de afrontamiento, consumo de sustancias, resiliencia, ansiedad y depresión y por último satisfacción vital. Por el contrario, las variables que se presentan como variables de riesgo para la muestra investigada en orden de relevancia estas son: el apoyo social y el tipo de personalidad.

Según el análisis de resultados, se evidencia que la percepción de estrés representa una variable de protección para la muestra investigada. Al considerar esta variable como protectora, Oblitas (2006), identifica las diferencias entre estrés positivo o “eustrés” o estrés negativo o “distrés” y reconoce la importancia de una gestión exitosa de las demandas del entorno al manejar de manera positiva los estresores, ofreciendo a sus actores experiencias positivas, sensaciones y sentimientos placenteros, ambos fortaleciendo la propia autoestima y reforzando las estrategias de afrontamiento. Es así que según las respuestas obtenidas por la muestra y lo propuesto por la literatura, los adolescentes investigados mantienen el control en situaciones estresantes, logran manejar de manera positiva los estresores que se presentan en su vida de acuerdo al concepto de “eustrés” y debido a que la muestra investigada se encuentra en la etapa de la adolescencia, los mayores estresores se refieren a cargas escolares y algunas laborales que los investigados llevan a cabo, sin embargo estos logran sobrellevarse de forma adecuada y no interfieren en la vida de los estudiantes causándoles más estrés del necesario para tener una vida activa y los retos adecuados para su edad, además de fortalecer sus estrategias de afrontamiento. Esta variable se presenta como protectora en ambos sexos, predictora para la salud mental de manera positiva para toda la muestra investigada.

En cuanto a la variable de estilo de afrontamiento, que se relaciona de manera negativa con la inflexibilidad psicológica en cuanto a un patrón de control aversivo, como por ejemplo conductas de evitación, castigo y escape, relacionadas a un mayor riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos, al contrario que positivamente se da en un adecuado compromiso vital con valores personales y eudemonía, caracterizado por la plenitud del ser y felicidad, que muestra adecuada flexibilidad psicológica, los resultados reflejan que la muestra investigada aporta valores que la definen como una variable de protección. Estos resultados concuerdan con lo mencionado por los autores Salas y Soriano (2006) que consideran los aspectos importantes en la flexibilidad psicológica: el desenvolvimiento y compromiso de la persona para actuar de acuerdo a sus valores personales en trayectoria de su vida sin resistencia a

los eventos negativos; y con conciencia de los mismos en el aquí y el ahora para actuar con responsabilidad en la dirección elegida. Es así que los adolescentes investigados reflejan ser flexibles con los problemas que se presentan en su vida y logran sobrellevarlos de manera positiva, aceptándolos sin resistencia y tomando conciencia de los mismos para poder actuar de la mejor manera. En cuanto a la diferenciación según el género, esta variable no presenta diferencias para la mayoría de los reactivos, por lo cual se considera al estilo de afrontamiento como una variable de protección para ambos sexos.

En cuanto al consumo problemático de alcohol, el valor general obtenido es bajo con un puntaje de 1, por lo que se considera a esta variable como protectora. Así, los valores que muestran únicamente a los consumidores dentro de esa escala es de 1, reflejan que el 72.2% de la muestra que consume presenta un consumo prudente o de bajo riesgo, el 11% de la muestra que consume presenta un consumo de riesgo; y sin embargo el 17% de la muestra, presenta síndrome de dependencia. Los mayores puntajes que reflejan un consumo alto de alcohol o relacionados al consumo de alcohol, alcanzan apenas el 13.88% en los siguientes tres aspectos: En un día típico cuando beben, consumen entre 7 a 10 vasos de alcohol o más, el mismo porcentaje ha sido incapaz de dejar de beber una vez que ha empezado, y; el 13.88% de los participantes refleja que ellos mismos o alguna otra persona cercana ha sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol.

Así como la mayoría de los investigados no presenta mayor riesgo en este tipo de consumo, el 17% de los consumidores presentan síndrome de dependencia, entonces se considera pertinente tomar en cuenta que la cadena habitual de consumo, se presenta normalmente con el inicio en el alcohol, seguido de tabaco, luego cannabis y posteriormente otras drogas (Epidemiología D. C. D. A. Y., 2003), por lo que se debe considerar este factor para una intervención, ya que el consumo precoz de bebidas alcohólicas podría desencadenar en otras conductas de riesgo o policonsumo.

Según los datos obtenidos, el 75% de las encuestadas de género femenino, presentan consumo prudente o de bajo riesgo, que incluye solo a las participantes que consumen la sustancia y el 25% de las encuestadas, presentan consumo de riesgo, mientras que en los varones que consumen, el 72% presenta consumo prudente o de bajo riesgo, el 19% presenta síndrome de dependencia y el 9% consumo de riesgo. Así, se puede observar que los varones presentan mayor consumo que las mujeres y de mayor riesgo. Larrosa y Palomo (2010) mencionan que el consumo en los varones puede deberse a que las leyes y normas de la comunidad con respecto al consumo son más favorables para el género masculino, del mismo modo el manejo familiar es más escaso, el riesgo percibido es menor y la búsqueda de sensaciones y recompensas es mayor, entre otras. En cambio los conflictos familiares, las

transiciones y la depresión, son significativamente mayores para las mujeres. Al ser más vulnerable el género masculino que el femenino en cuanto al consumo, y según los autores más comunes los factores de riesgo, se observa dicha diferencia en la muestra investigada. Sin embargo, como se puede observar los datos generales indican que esta es una variable de protección en relación a la salud mental para la muestra investigada.

Siguiendo con el estudio, en la variable de detección de consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína entre otros, el valor general refleja un puntaje de 1, lo que demuestra que es una variable de protección para la muestra, ya que el consumo es bajo. Así encontramos que los valores más representativos muestran que, el 100% de la muestra no consume a diario o casi a diario de ningún tipo de sustancia, el 8.3% de la muestra manifiesta haber consumido alcohol en los últimos tres meses, sin embargo el 2.8% de la muestra indica que en los últimos tres meses ha consumido drogas cada semana y el 2.8% de los encuestados, cada mes ha consumido drogas en los últimos tres meses, por otro lado, el 100% de los encuestados manifiesta que nunca han consumido anfetaminas ni alucinógenos, en los últimos tres meses.

De acuerdo con estos datos, los resultados del test ASSIST muestran que el consumo de otras drogas es mínimo, constituyendo una variable protectora, sin embargo, el 30.6% de los encuestados ya ha probado marihuana alguna vez, y el 36.1% de los encuestados ya ha probado alcohol. De acuerdo a la investigación científica, los factores de riesgo que se relacionan con el consumo de sustancias son la disponibilidad, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar en cuanto a la existencia de conducta antisocial, el inicio temprano de consumo, el consumo de los pares y la sensación de riesgo percibido (Larrosa & Palomo, 2010). Es así que, relacionando los datos obtenidos con la bibliografía, la muestra investigada cuenta con los recursos de afrontamiento necesarios que reducen el riesgo en cuanto al consumo, y por esto los puntajes se reflejan bajos para la muestra investigada.

Los resultados según el género de los investigados, difieren en un punto, ya que según los datos, las investigadas de género femenino reflejan un puntaje de 0, mientras que los varones reflejan un puntaje de 1, siendo la variable que evalúa el consumo de sustancias, una variable de protección para ambos sexos, además de ser indicadora de criterio de salud. Esto puede deberse a que, como mencionan Larrosa y Palomo (2010), las actitudes hacia el consumo en los varones son más favorables, el control familiar suele ser más escaso y se da un inicio más temprano para los hombres que para las mujeres, entre otros. Por lo tanto, los varones tendrían menos aspectos protectores o estos serían más dóciles que para las damas, en la mayoría de los casos.

La variable de resiliencia, que evalúa la capacidad de las personas de adaptarse al estrés, presenta un valor general de 6, que indica que es una variable de protección para la muestra investigada. Se debe tomar en cuenta, que “el apoyo emocional dentro del hogar y los intercambios positivos dentro de la escuela influyen significativamente en la capacidad de los adolescentes para afrontar situaciones amenazantes y salir fortalecidos” (Omar, 2006), según este estudio, la información concuerda con la capacidad de resiliencia que poseen nuestros investigados, ya que los datos muestran que no les es difícil recuperarse ante situaciones adversas, en la mayoría de los casos, lo que podría relacionarse con un adecuado apoyo social y familiar. Sin embargo, en esta variable se puede observar que el valor general para los varones en cuanto a esta variable, refleja un puntaje de 6, mientras que en las chicas el valor es de 7, lo que refleja que la muestra femenina sería más resiliente que los varones, al poseer una mayor capacidad de adaptarse al estrés y afrontar situaciones adversas.

En cuanto a la variable que evalúa el nivel de ansiedad y depresión, los valores generales reflejan un valor de 2, lo que indica que esta es una variable protectora y está dentro de los indicadores de criterio de salud. Sin embargo como mencionan Soler y Ros (2001), ambos se relacionan con trastornos internalizantes y altamente relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, y en muchos casos, el trastorno precede al consumo.

Así, los resultados obtenidos muestran que esta es una variable de protección que refleja valores de ansiedad y depresión significativamente bajos y a su vez índices bajos de consumo, por lo que el riesgo hacia trastornos internalizantes que incluyen manifestaciones clínicas, cognitivas, conductuales, fisiológicas y afectivas, además relacionados con el consumo, es casi nulo, estos índices bajos en depresión y ansiedad corroboran con los valores bajos de consumo, en la muestra investigada. Los valores generales para esta variable, concuerdan con los resultados obtenidos por sexo, en los que ambos reflejan valores de 2, constituyéndose en una variable de protección y dentro de los criterios de salud para varones y mujeres.

Para la variable de satisfacción vital, en la que se busca conocer cuál es el nivel de satisfacción con la vida en general, los valores generales se encuentran en la puntuación de 6, por lo que se considera como una variable de protección para la muestra investigada. Se debe tomar en cuenta que, cuando la reputación social es cuestionada por el grupo de iguales, se sienten rechazados por sus compañeros o no llegan a establecer relaciones íntimas de amistad y de confianza, constituyen factores que afectan su autoestima y su satisfacción con la vida (Ruiz, López, Perez, & Ochoa, 2009). Los argumentos de los autores contrastan con los datos obtenidos por los participantes, en los que se demuestra que los investigados no

presentarían estos factores de riesgo, dando como resultado el hecho de que los participantes consideran positiva su satisfacción vital relacionada con una buena calidad de vida.

Al analizar la variable de satisfacción vital por géneros, se puede observar que la muestra femenina muestra un puntaje de 4, por lo que se considera que esta es una variable de riesgo para la muestra y se relaciona con una calidad de vida menor a la esperada. En cambio los varones, reflejan un puntaje de seis, constituyendo una variable de protección en la que su satisfacción con la vida en general es positiva. Estas diferencias concuerdan con diferentes perspectivas del ciclo vital, como mencionan Kail y Cavanaugh (2008), los cambios en la pubertad inciden en el funcionamiento psicológico del adolescente de manera distinta, a las mujeres les preocupa más su apariencia física, tienen mayor riesgo de enfrentar trastornos alimenticios, realizan menos actividad física que los varones y les preocupa más la moralidad. Se puede concluir que las participantes de género femenino cuentan con más factores que pueden preocuparles que los varones, lo que puede incidir en los resultados observados.

La variable de apoyo social, medida por la sensación subjetiva de soledad, refleja resultados generales con un valor de 7, lo que indica que esta es una variable de riesgo para la muestra investigada y a su vez muestra una alta sensación subjetiva de soledad. La soledad, como se observa en la investigación científica (Carvajal-Carrascal & Caro-Castillo, 2009), puede ser en cierta manera predecible en la adolescencia debido a que en esta etapa las perspectivas, los roles, las relaciones y las identidades, experimentan cambios que pueden ser significativos a lo largo de la vida, que puede surgir además debido a que los adolescentes todavía no han adquirido las herramientas necesarias para enfrentarse a estos cambios, tienen esperanzas alejadas de la realidad con respecto a sus relaciones sociales o no cuentan con las habilidades sociales necesarias. Esta sensación de soledad, pueden relacionarse con comportamientos suicidas, bajo rendimiento escolar, conductas de riesgo, problemas de salud y consumo de sustancias. Por lo que esta variable, que refleja el índice más alto de todos, puede estar relacionada más con la etapa de la vida de los adolescentes que con los factores de riesgo evaluados, podría esperarse que al pasar la etapa de adolescencia, los individuos investigados, logren sobreponerse y valorar el apoyo social con el que cuentan de manera real y vayan afianzando sus lazos de apoyo social.

Los resultados por género indican que ambos tienen una alta sensación subjetiva de soledad con similares puntajes de 7, lo que indica que hombres y mujeres tienen una disponibilidad en sus relaciones significativas, que no alcanza los estándares deseados, sobre todo en cuanto se refiere al apoyo social, constituyendo al apoyo social como una variable de riesgo.

La variable de personalidad, que para el presente este estudio evalúa la personalidad tipo A, en un complejo de acción-emoción caracterizada según los autores (Andrade, Cuenca, & León, 2014) por la tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, que se han relacionado con varios problemas de salud, incluyendo trastornos cardiovasculares y muerte prematura, refleja un valor de 6, considerando de esta manera al tipo de personalidad como una variable de riesgo. Así, como menciona un estudio llevado por los autores Pérez y Mota (2008), la búsqueda de novedad es significativamente más alta en la población adicta al compararla con los no adictos, en cuanto a la impulsividad, extravagancia y desorden. De acuerdo con esta investigación y los datos obtenidos de la muestra, se define que ésta se relaciona directamente con altos índices de factores como la impulsividad, por lo tanto se define a la variable de personalidad como una variable de riesgo al tener un puntaje de 6 y al compararla con otros estudios efectuados.

Por otro lado, al realizar la comparación entre los dos géneros, ambos sexos reflejan un puntaje de 6, es decir el tipo de personalidad es una variable de riesgo para hombres y mujeres, ya que muestran valores que los caracterizan como personalidad tipo A, que según Díaz (2007) incluye aspectos que ponen en riesgo la salud mental y física tales como altos niveles de competitividad, ansiedad ante las metas a lograr, agresividad y hostilidad ante ciertas situaciones, que se deben tomar en cuenta.

En base a los resultados obtenidos se define que la muestra investigada posee una adecuada salud mental que se relaciona con bajos índices de consumo en general.

CONCLUSIONES.

- Dando cumplimiento al objetivo general de la presente investigación, se logró analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental, en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, en la zona 9, distrito 17D09, circuito 17D09C03_04 en el año 2015. En una visión general los resultados indican que, las variables asociadas a la salud mental de los adolescentes, en su mayoría muestran niveles satisfactorios que se acercan a la media salvo en algunas variables de protección, en las que los valores se alejan de la media de manera favorable, lo cual indica que gozan de buena salud mental.
- Las variables de protección según el orden de relevancia, son: el bajo consumo de alcohol y otras drogas, bajos niveles de ansiedad y depresión, estilo de afrontamiento medido por la flexibilidad/inflexibilidad psicológica, la percepción de estrés actual, el nivel de resiliencia y la satisfacción vital.
- Las variables de riesgo según el orden de relevancia en la muestra investigada son: el apoyo social medido por la sensación subjetiva de soledad y el tipo de personalidad tipo A
- Existen variables que se diferencian en cuanto al puntaje presentado según el género de los investigados, así se evidencia que los varones presentan mayor consumo de alcohol que las mujeres, la muestra femenina muestra niveles mayores de resiliencia, los varones presentan mayor consumo de otras sustancias y por último, los hombres presentan niveles mayores de satisfacción vital.
- Los resultados para la variable de consumo de sustancias, indican que el 28 % de los investigados, se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de las mismas. Sin embargo, los resultados generales en cuanto a esta variable, muestran el nivel mínimo de 1, por lo que constituye en una variable de protección en cuanto al consumo de alcohol y otras drogas para la muestra investigada.
- En cuanto a los resultados según el género de los investigados relacionados con el consumo de alcohol, la muestra masculina presenta mayor consumo que la muestra femenina, con valores de 2 a 1 para el consumo problemático de alcohol. En cuanto al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína entre otros, los resultados indican que, los varones presentan consumo, mientras que las mujeres no consumen estas sustancias.
- Si bien los estudiantes investigados presentan bajos niveles de consumo, el 36% ya ha tenido contacto con sustancias psicoactivas y el 22% ha consumido tabaco. Cabe resaltar que el consumo se presenta en alcohol y cannabis, ya que afirman que no han

consumido cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos y tampoco opiáceos.

- Las variables más representativas aparte del consumo de sustancias, son los niveles bajos de ansiedad y depresión, siendo la variable protectora más representativa; y por el contrario, la variable de apoyo social, presenta los mayores niveles de riesgo.

RECOMENDACIONES.

- A partir de la identificación de las variables de protección y de riesgo que influyen en la salud mental de los investigados, se recomienda trabajar los ciertos aspectos que obstaculizan un desarrollo óptimo de los adolescentes en cuanto a su salud, y que se relacionan con el consumo de sustancias.
- Debido a los valores presentados en la variable de tipo de personalidad, se recomienda trabajar en estrategias de afrontamiento que preparen a los adolescentes a llevar a cabo sus responsabilidades y sus retos de manera más personal y menos competitiva, también se recomienda realizar actividades en las cuales se sientan valorados por su tipo de personalidad, haciendo énfasis en lo positivo de esta. Este tipo de actividades se podría llevar a cabo utilizando la intervención primaria, como talleres y actividades de socialización en grupos.
- Otra de las variables de riesgo es el apoyo social, medido por la sensación subjetiva de soledad, por lo que se recomienda fortalecer los lazos de amistad y de unión entre los pares para mejorar la disponibilidad de relaciones significativas y de esa manera mejorar el apoyo social, además de involucrar a las familias de los investigados en la etapa de adolescencia por la cual atraviesan.
- Si bien en este momento, los índices de consumo son bajos y se reflejan como variables de protección, se debe tener especial cuidado, ya que existe un porcentaje que ha probado drogas y que en el futuro podría incrementarse debido a que la muestra es de adolescentes cuya edad no supera los 17 años, por lo que es importante realizar actividades de prevención que deben estar centradas en la persona y no en las drogas, para de esta manera identificar las necesidades individuales y la realidad de cada participante.
- Debido a que la familia es una fuente importante de apoyo social y a su vez relacionada con todas las variables, se recomienda involucrarlas en las actividades de intervención primaria que se realicen en la institución educativa.
- Es importante tomar en cuenta que la prevención, no solo deben enfocarse en los problemas, sino también en las fortalezas individuales y grupales de los jóvenes, para de esta manera incrementar su nivel de autopercepción y autoestima, sus estrategias de afrontamiento, comunicación y toma de decisiones, entre otras.
- Para llevar a cabo investigaciones futuras, se recomienda trabajar con muestras de mayor tamaño en las que se cuente con cantidades similares en cuanto al género de los participantes, para que de esta manera la comparación, validez y confiabilidad de los resultados pueda ser más fehaciente. También se recomienda en este aspecto, trabajar con cuestionarios más cortos para evitar la fatiga de los participantes.

- Por último, luego de la investigación de las variables asociadas a la salud mental de los adolescentes, se recomienda la inclusión de variables adicionales con el fin de aumentar el alcance de la investigación y poder realizar un estudio más significativo y actualizado del mismo, estas variables podrían ser: manejo de redes sociales, los estilos de comunicación, la presión del grupo de pares y las relaciones familiares, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alvarez, R. (s.a). *Inteligencia emocional: el valor de la aceptación y el compromiso. Proyecto Terapia*, 15-16. Obtenido de file:///C:/Users/usuario/Downloads/Terapia%20de%20aceptaci%C3%B3n%20y%20compromiso%20(2).pdf
- Andrade, Cuenca, & León. (2014). *Manual de la aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación "Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015*. Loja.
- Asamblea Municipal de la Salud. (2012). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Obtenido de file:///C:/Users/usuario/Downloads/EB130_9-sp.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington, Virginia: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aznar, F., Estrada, M., Ramirez, C., Carrasco, M., Teijón, A., Pigem, E., & Rodriguez, J. (2004). *Los valores y su influencia en la satisfacción vital de los adolescentes entre los 12 y 16 años: estudio de algunos correlatos. Apuntes de psicología*. Obtenido de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/38>
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Veliz, V. (2006). *Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. Terapia Psicológica*, 55-61. Obtenido de <http://old.teps.cl/wp-content/uploads/2014/09/2006-24-01-061.pdf>
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=GiUIBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=Barudy+y+Dantagnan+2005&ots=sfH4JKgM91&sig=lw0ig-Udr9xjT1X07uc895PMkBw#v=onepage&q=Barudy%20y%20Dantagnan%202005&f=false>
- Bobes, J., Casas, M., & Gutierrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos (Vol. 2)*. Madrid: Enfoque Editorial S. C. Obtenido de [http://ww.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/d_pro_44_87\(1\).pdf#page=64](http://ww.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/d_pro_44_87(1).pdf#page=64)
- Calvete, E., & Estevez, A. (2009). *Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. Adicciones.es*, 1, 50. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/251/240>
- Camacho Acero, I. (2005). *Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 91-120. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012391552005000100006&script=sci_arttext&lng=en
- Campillo, N. C., Zafra, A. O., & Redondo, A. B. (2008). *Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes*.

Cuadernos de psicología del deporte, 61-77. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10201/30707>

- Cardenal, V., & Ortiz-Tallo, M. (2007). *Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. *Clínica y Salud*, 18(3), 305. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000300004&script=sci_arttext
- Cardenal, V., Sanchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). *Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. *Clínica y Salud*, 8(3), 305-324. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000300004&script=sci_arttext
- Carvajal-Carrascal, G., & Caro-Castillo, C. (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>
- Caycho Rodriguez, T. (2010). *Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños*. Lima. Obtenido de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/330-991-1-PB.pdf>
- Colden, M. (2012). *Indicadores de Maduración Sexual y su relación con los índices de Masa Corporal (IMC) y Hábitos de Alimentación en escolares féminas de Arica, Chile*. Arica. Obtenido de http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1335/
- CONSEP. (2012). *Cuarta Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 12 a 17 años*.
- Cusmille, P. y. (2011). *Efectos del estrés y el apoyo social sobre el bienestar psicosocial de los adolescentes*. *Psykhé*. Obtenido de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/49>
- Diaz Acosta, G. (2007). *Evaluación de las características específicas de la personalidad en diferentes trastornos físicos*. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 173-176. Obtenido de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3915/3139>
- Epidemiología D. C. D. A. Y. (2003). *Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas*. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17. Obtenido de http://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Griffin2/publication/39154975_Adolescencia__consumo_de_alcohol_y_otras_drogas/links/0deec53754ce5d3a07000000.pdf
- Gonzalez Ramella, G., & Varela, D. (2003). *Personalidad y trastornos adaptativos. Un estudio con el TCI de Cloninger*. *Psiquiatría.com*, 7(3). Obtenido de <http://hdl.handle.net/10401/785>
- Herrera Breuer, L. M. (2015). *Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y el rendimiento académico, en estudiantes de la Universidad del Tolima*. Obtenido de <http://repository.ut.edu.co/bitstream/001/1480/1/RIUT-BHA-spa-2014-Relaci%C3%B3n%20entre%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20y%20el%20rendimiento%20acad%C3%A9mico%20en%20estudiantes%20de%20la%20out.pdf>

- Iglesias, E., & Durán, A. (2006). *Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento*. *Psicothema* 18(3), 1. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3256.pdf>
- Iglesias, M. P., Varela, M. C., Isorna, F. C., Miranda, N. M., Barreiro, A. C., Holguín, S. R., & Mahía, F. C. (2011). *Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking)*. *Adicciones: Revista de psicología y drogas*, 23(1), 53-63. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/167/167>
- Jiménez Gutierrez, T., Musitu, G., & Murgui, S. (2005). *Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores*. *Anuario de psicología*, 36(2), 181-195. Obtenido de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/2096/5.%20Anuario%20de%20Psicolog%C3%ADa%2c%2036%20%282005%29%20Jim%C3%A9nez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2008). *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. México D. F.: Cengage Learning.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. C. (2006). *Desarrollo humano: Una perspectiva del ciclo vital*. Cengage Learning Editores.
- Larrosa, S. L., & Palomo J. L. R. A. (2010). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo*. *Psicothema*, 22(4), 568-573. Obtenido de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8919/8783>
- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. (2010). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo*. *Psicothema*, 22(4), 568-573. Obtenido de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8919/8783>
- Lerma-Cabrera, J. M., Steinebach, P., Carvajal, F., Ulloa, V., Cid Parra, C., & Langer, A. (2015). *Factores de riesgo asociados al consumo problemático de alcohol en la adolescencia: El rol preventivo de mindfulness*. Obtenido de http://www.researchgate.net/profile/Alvaro_Langer/publication/278676218_Factores_de_riesgo_asociados_al_consumo_problemtico_de_alcohol_en_la_adolescencia_El_rol_preventivo_de_mindfulness/links/55c2973708aeb975673e469d.pdf
- Llanque Nieto, P. (2014). *Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz*. *Revista de Investigación psicológica*, 8(2), 93-115. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322014000200006&script=sci_arttext
- Lopez, E., Ochoa, G., & Olaizola, J. (2005). *El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente*. *Saúl Mental*, 28(4), 81. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam054i.pdf>
- Luciano, C., Paez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2006). *La terapia de aceptación y compromiso ACT: Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo* 27(2), 79_91. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1339.pdf>

- Martinez Anton, M., Buelga Vasquez, S. M., & Cava Caballero, M. J. (2007). *La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar*. Obtenido de <http://roderic.uv.es/handle/10550/2103>
- Marty, M., Lavin, G., Figueroa, M., Larraín, D., & Cruz, M. (2005). *Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 43(1), 25-32. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000100004&script=sci_arttext
- Moratalla. L, N. (2011). *Neurobiología de la adolescencia: El control del Circuito Sfeectivo-Cognitivo*. Obtenido de <http://arvo.net/uploads/file/ACRE/ACRE02-NeurobiologiaAdolescencia.pdf>
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México.
- Observatorio Nacional de Drogas. (2012). *CONSEP*. Obtenido de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/>
- Omar, A. (2006). *Las perspectivas de futuro y sus vinculaciones con el bienestar y la resiliencia en adolescentes*. Obtenido de <http://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/431>
- OMS. (2012). *Promoción de la salud mental - Conceptos y evidencia emergente*. Ginebra. Obtenido de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=176392&indexSearch=ID>
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). *Adolescencia y depresión*. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(1), 13-28. Obtenido de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-AdolescenciaYDepresion-3246301%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-AdolescenciaYDepresion-3246301%20(1).pdf)
- Parslow, R. J. (2006). *An instrument to measure engagement in life: Factor analysis and associations with sociodemographic, health and cognition measures*. *Gerontology*, 52(3), 188 - 198. Obtenido de <http://www.karger.com/Article/Abstract/91829>
- Perez, E. J., & Mota, G. R. (2008). *Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados*. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 251-261. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/267/254>
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jimenez, M. L. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento post-traumático*. *Papeles del psicólogo*, 40-49. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1283>
- Povedano, A., Hendry, L. B., Ramos, M. J., & Varela, R. (2011). *Victimización escolar: clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de género*. *Psychosocial Intervention*, 5-12. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/S1132055911700308/1-s2.0-S1132055911700308-main.pdf?_tid=0d4ec6e2-93fd-11e5-9ba3-00000aab0f26&acdnat=1448515256_bad82f5e25fc05dc47d2f3078c260e86

- Puentes, A. P., & Parra, A. (2014). *Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos*. En *Colomb. psicol (Ed.)*, (págs. 131-140). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n1/v17n1a13.pdf>
- Rasmussen., Wrosch, C., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2006). *Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment*. *Journal of personality*, 74(6), 1721-1748. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.2006.00426.x/full>
- 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>
- Rosenberg, M. B. (2000). *Comunicación no violenta*. Barcelona: Urano. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000600016&script=sci_arttext
- Ruiz, D., López, E., Perez, S., & Ochoa, G. (2009). *Reputación social y violencia relacional en adolescentes: el rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital*. *Psicothema*, 537-542. Obtenido de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8817/8681>
- Ruiz, F., Langer Herrera, A., Luciano, C., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). *Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire*. *Psicothema*, 25(1), 123. Obtenido de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/9877-16473-1-PB.pdf>
- Salas, S. V., & Soriano, M. C. L. . (2006). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia*. 27(2), 79-91. Obtenido de <http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=1339>
- Sanchez, R. (2003). *Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología*. *Psico-Usf*, 8(2), 163-173. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a08.pdf>
- Soler, C. L., & Ros, M. (2001). *Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes*. *Canales de Psicología*, 17(2), 177-188. Obtenido de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/2_-_04-17_2.pdf
- Soriano, M. C., Blarrina, M. P. B., & Salas, S. V. (2010). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-345.pdf
- UTPL. (2015). *Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación: "Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del ecuador 2015"*. Loja.
- Vanderhoven, E., Schellens, T., & Valckle, M. (2014). *Enseñar a los adolescentes los riesgos de las redes sociales. Una propuesta de intervención secundaria*. *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, 22(43), 123-132. Obtenido de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Comunicar-43-Vanderhoven-Schellens-Valcke-123-132.pdf>

Vélez, D. M. (2010). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga*. *Pensamiento psicológico*, 5(12). Obtenido de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/111/331>

ANEXOS

ANEXO 1

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumentos. 				
Del sábado 27 de junio al viernes 10 de julio del 2015	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	A
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	Viernes 12 de junio, 2015	09:50 am	10:00 am	Segundo	B
Instrucciones sobre cómo completar la batería		10:00 am	10:10 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		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 fin 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.	Tesista
30.	Del 22 y 23 de febrero de 2016	Envío de tres anillados del trabajo de fin de titulación al Centro Loja desde los Centros Universitarios del País.	Tesista
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.	Tesista
33.	Fecha por confirmar	Sustentación e Incorporación	Autoridades, Docentes, Directores y Tesista.

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(a) Lic. 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 testistas.

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. Cecilia Marité Delgado Pabón, realizará su tesis de Licenciado en Psicología, requisito previo a la obtención del título, así como también la información será enviada al equipo investigador con fines investigativos y de publicación.

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

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

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

Atentamente,


Mgtr. Marina del Rocío Ramírez
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA


Mgs. Jhon Espinoza Iniguez
COORDINADOR DE LA TITULACIÓN
DE PSICOLOGÍA

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la V convocatoria de Investigación UTP.
Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandra@utpl.edu.ec, Telf: 371444, Ext: 263
Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Yacua Gallego
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iniguez
Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Enrique E., Guevara S., E. Sanchez C., Ramirez R., Ontaneda M., Piedra N., Vivanco M

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, José María Bamba Joverino, en calidad de Rector del colegio Prof. "Pedro Echeverría Terán" de la ciudad de Quito autorizo la aplicación de 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. José María Bamba



Fecha: 12. Junio 2015.

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

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: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

Firma del investigador: _____

Ci: _____

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

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

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

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadro de abajo que dice "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, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.

Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Yaca 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.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

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

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

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 enojado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
* 13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de invertir su tiempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quiero.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> 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 a la semana	<input type="checkbox"/> 7 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 ó 2	<input type="checkbox"/> 3 ó 4	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
3. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.
4. En el último año ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.
5. En el último año ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.
6. En el último año ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.
7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.
8. En el último año ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.
9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, 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"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, 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"/> Nada
2. Normalmente me siento presionado por el tiempo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
3. Soy muy exigente y competitivo.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
4. Soy autoritario y dominante.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
5. Como muy rápido.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
6. ¿A menudo se siente muy presionado por el tiempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo
7. ¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral / escolar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Se siente molesto al esperar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

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 que 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 que 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 que 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 que frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de tí?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. ¿Con que 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 que 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 que 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 que frecuencia te sientes excluido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. ¿Con que 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 que 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 que 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 que 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 que frecuencia sientes que hay personas que realmente te comprenden?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. ¿Con que frecuencia te sientes tímido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. ¿Con que 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 que 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 que frecuencia sientes que ha y personas con las que puedes contar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre

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

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

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

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

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

ANEXO 7

PRUEBA DE ENTREGA DEL INFORME AL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

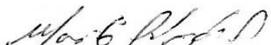


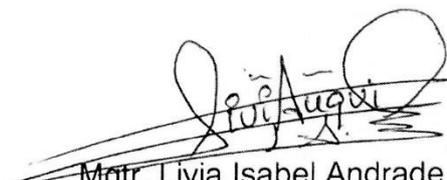
adolescentes cuya edad no supera los 17 años, por lo que es importante realizar actividades de prevención que deben estar centradas en la persona y no en las drogas, para de esta manera identificar las necesidades individuales y la realidad de cada participante.

Debido a que la familia es una fuente importante de apoyo social y a su vez relacionada con todas las variables, se recomienda involucrarlas en las actividades de intervención primaria que se realicen en la institución educativa.

Es importante tomar en cuenta que la prevención, no solo deben enfocarse en los problemas, sino también en las fortalezas individuales y grupales de los jóvenes, para de esta manera incrementar su nivel de autopercepción y autoestima, sus estrategias de afrontamiento, comunicación y toma de decisiones, entre otras.

Atentamente,


Cecilia Marite Delgado Pavón
TESISTA


Mgtr. Livia Isabel Andrade
DIRECTORA DE TESIS



17-03-2016.