



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en los estudiantes de 2do y 3er año de bachillerato, zona 8, distrito 5 09D05

Estudio realizado en un centro educativo particular de la ciudad de Guayaquil-Ecuador 2015

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Aizaga Castro, César André

DIRECTORA: Luz Ivonne, Zabaleta Costa. Mg

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2015



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Luz Ivonne Zabaleta Costa

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en los estudiantes de un centro educativo particular de la ciudad de Guayaquil, realizado por César André Aizaga Castro, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, febrero del 2017

f):

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo César André Aizaga Castro declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en los estudiantes de bachillerato de un centro educativo particular de la ciudad de Guayaquil, de la Titulación de psicología, siendo Luz Ivonne Zavaleta Costa directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.....

Autor César André Aizaga Castro

Cédula 092487635-2

DEDICATORIA
A mi madre y a mi padre

AGRADECIMIENTO

Al Creador de todo, al Impronunciable, a יהוה por la dicha y bendición, a los ángeles que se me proveyó en esta tierra: Mi Madre y mi Padre, Dr. César Aizaga García y Dra. Bella Castro Zambrano, a los pilares que alientan mi vida: Hermana y Hermano, Gabriela y Cristian

Resumen

Esta investigación pretende realizar un análisis acerca de las variables psicosociales que se relacionan a la salud mental con el consumo de sustancias en los Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato en la zona 8 distrito 5. El alcance metodológico es descriptivo; se utilizó la estadística para poder recolectar información, observar los resultados y las tendencias de las variables. La metodología también fue transversal, pues se recolectaron los datos en un momento determinado. Se obtuvo información mediante la aplicación de encuesta estructurada por cuestionario de variable psicosociales, acerca del estrés, personalidad, apoyo social, personalidad, inflexibilidad, resiliencia, consumo de alcohol y consumo problemático que permiten determinar niveles de salud mental así como los de consumo de sustancias. La población estudiada comprende de los 14 a los 17 años de edad con un total de 47 estudiantes, en donde 26 estudiantes fueron de género masculino y 21 de género femenino. Puede apreciarse entre las variables asociadas a la salud mental la resiliencia, así como la de ansiedad y depresión, satisfacción vital, etc. El trabajo demuestra que los niveles de consumo de alcohol son prudentes lo cual no implica un riesgo.

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

Abstract

This research aims to analyze the psychosocial variables related to mental health and substance use in second and third year high school students in zone 8 district 5. The methodological scope is descriptive; The statistic was used to be able to collect information, observe the results and trends of the variables. The methodology was also transversal, since the data were collected at a given time. Information was obtained through the application of a questionnaire-structured questionnaire about psychosocial variables about stress, personality, social support, personality, inflexibility, resilience, alcohol consumption and problematic consumption that allow determining mental health levels as well as substance use levels . The study population comprises 14 to 17 years of age with a total of 47 students, where 26 students were male and 21 female. Among the variables associated with mental health, resilience, as well as anxiety and depression, life satisfaction, etc. can be appreciated. The work shows that the levels of alcohol consumption are prudent which does not imply a risk.

Key words: mental health, substance use, adolescents.

Introducción

La Universidad Técnica de Loja mediante el programa: “Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental y al Consumo de Sustancias en Estudiantes de Bachillerato” misma que fue aplicada en una institución educativa particular de la zona 8, distrito 6 de la ciudad de Guayaquil. Se consideró como población de estudio a los estudiantes de primer y segundo curso de bachillerato. Se entiende la Salud Mental según OMS como el bienestar completo tanto mental como social de la persona, así también se entiende los peligros de la conducta adictiva, de hábito de consumo o problema de consumo como la tendencia a ingerir sustancias psicotrópicas de manera que alteren la vida de una persona.

Según la literatura expuesta puede entenderse que la adolescencia es una etapa compleja con particularidades como el desarrollo principalmente en donde el adolescente trata de formar su propia personalidad, de aprender a socializar, de aprender a confrontar con problemas de distinta índole, ser aceptado en un grupo social, etc. Se debe enfatizar que las variables asociadas a la salud mental o que no implican vulnerabilidad son: resiliencia, el estrés, la inflexibilidad psicológica y la depresión mientras que las variables que implican riesgo son: sensación de soledad y personalidad tipo A; se enfatiza también, los niveles del uso de alcohol o de sustancias tampoco indican riesgo, siendo el género masculino quienes revelan mayor tendencia al consumo problemático.

Dentro de la investigación puede apreciarse tres partes o capítulos que la componen; el primer capítulo corresponde al Marco Teórico en donde despliega aspectos teóricos acerca de las variables que podrían asociarse a la salud mental como al consumo, se considera al estrés, la depresión, la personalidad, la resiliencia, la satisfacción individual, el alcoholismo, los problemas de consumo, la adolescencia, la sensación de soledad, etc.

En cuanto corresponde al capítulo segundo, se expone los métodos y herramientas que se usaron durante el proceso de investigación, el contexto donde se aplicó el proceso investigativo así como la población. En el capítulo tres se exponen los resultados de la aplicación de la metodología y las tendencias hacia el riesgo o hacia la salud mental. Posteriormente se podrá observar las discusiones, conclusiones y recomendaciones. La investigación tiene carácter descriptivo, exponiendo aspectos sociodemográficos e índices de cada variable; presentando las distribuciones de las variables psicosociales asociadas a la salud mental, y al consumo de sustancias en los estudiantes del primer y segundo de bachillerato de la zona 8, distrito 6 de la ciudad de Guayaquil. La limitación que hubo fue que 3 estudiantes no presentaron la autorización de los representantes para poder participar de la investigación, por lo tanto se trabajó con 47 en total.

Índice de Contenido

Portada.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCION.....	viii
CAPÍTULO I.....	1
MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. Definiciones de salud mental.....	2
1.1.2. Factores asociados a la salud mental.....	3
1.1.3 Personalidad	4
1.1.4 Estrés	5
1.1.5 Apoyo social	8
1.1.6 Inflexibilidad psicológica	10
1.1.7. Compromiso vital.....	11
1.1.8 Resiliencia	12
1.1.9 Ansiedad y depresión	15
1.1.10. Satisfacción vital	16
TEMA 2: CONSUMO DE DROGAS	18
1.2.1. Consumo problemático de la droga.....	19
1.2.2. Consumo problemático del alcohol.....	23
1.2.3 Causas del consumo de drogas.....	24
1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas.....	26
TEMA 3: ADOLESCENTES.....	27
1.3.1. Desarrollo biológico.....	28
1.3.2 Desarrollo social	29
1.3.3 Desarrollo psicológico.....	32
CAPITULO II	34
MARCO METODOLÓGICO.....	34
2.1 Objetivos:	35

2.2. Diseño de investigación.....	35
2.3. Contexto.....	35
2.4. Población	36
2.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.	37
2.6 Técnicas.....	37
2.7. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	39
Modalidades de la Investigación.....	40
2.7.1. NIVELES O TIPOS DE INVESTIGACIÓN.	40
2.8. Recursos	41
CAPITULO III.	42
ANÁLISIS DE DATOS	42
3.2. Discusión de los resultados	73
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES.....	81
Referencias Bibliográficas.....	82
ANEXOS	92

MARCO TEORICO

1. SALUD MENTAL

1.1. Definiciones de salud mental

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (1998) se concibe la salud mental como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (p.1) así mismo se puede entender la interpretación de Cortese E. (2004) quien entiende la salud mental como “la capacidad para poder ser, para poder realizarnos como seres humanos, para poder enfrentarnos con los problemas, los conflictos, las dificultades, los avatares de la vida”. (pág. 106).

En similitud a lo mencionado se recalca que la salud mental también equivale a:

El bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (Oblitas, 2006, p.3)

Así mismo se puede hacer énfasis en la necesidad e importancia del sistema social en general y una de sus instituciones elementales tal como lo es la familia, la cual influye sobre la salud mental de los adolescentes, se entiende que:

La Salud Mental por su naturaleza propia, no es un bien solitario, es un bien a compartir con los demás. Se desarrolla en la vida familiar, que es el medio ambiente en el que surge, lo que llamamos el desarrollo psicoemocional. (Cortese, 2004, p.106)

Puede apreciarse cómo estos puntos de vista acerca de la salud mental coinciden en un esclarecimiento del concepto; por lo tanto se entiende que la salud mental implica la asociación entre los factores que rodean a una persona, y que a su vez los mismos generan sensación objetiva de bienestar sobre el individuo, quien frente a las circunstancias de su entorno actúa de manera asertiva en las áreas en las que se desarrolla y desempeña, tanto en el colegio el hogar, la comunidad.

Se puede definir que la salud mental envuelve el bienestar emocional, psíquico y social ya que establece cómo se comporta, actúa y relaciona el ser humano con las demás personas, ya que la salud mental es adecuada, las decisiones podrían ser favorables en la vida.

Existen diversos factores que perjudican la salud mental del individuo, estos pueden ser:

- Baja auto estima
- Alto nivel de estrés
- Carencia de confianza en sí mismo.
- Carencia de seguridad personal.
- Identidad
- Alto nivel de depresión
- Enfermedades alimenticias.

1.1.2 Factores asociados a la salud mental

La literatura expone la importancia de la salud mental para un desarrollo que repercute tanto positivamente así como de factores negativos, de manera que esta podría verse afectada produciendo riesgos en la vida de los adolescentes; una de estas amenazas puede ser la adicción a estupefacientes y la asociación de este con otros factores que inciden sobre la salud mental, de acuerdo a Camacho (2005) “son múltiples los factores psicosociales que están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)”, entre aquellos factores que expone el autor se encuentra la comunicación dentro del hogar, las falencias dentro del mismo hogar, la búsqueda de apoyo, etc. (p.46)

Según otros autores consideran que la salud mental puede depender de la percepción del individuo, pues se entiende que “la implicación de la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal” (Núñez & Tubón, 2009. P.12). Por lo tanto, se debería considerar la implicación de la subjetividad, y de los valores culturales que posee una persona.

Así también se puede corroborar con lo que sostiene Garita A. (2013) “el estilo de vida de las personas tiene implícito un riesgo para su salud cuando este se caracteriza por realidades y condiciones de desigualdad y exclusión, por razones de género, cultura, discapacidad, religión, etnia, preferencia sexual, enfermedad o pobreza” (p.56). Es decir que la salud mental se ve afectada por una gama de situaciones, aspectos, relaciones y contextos que van perjudican el estado físico y psicológico de los individuos.

Por lo tanto, tal como puede estimarse en las posturas estos autores, quienes enfatizan condiciones básicas que repercuten en la salud mental, tales como la percepción de los estados de subjetividad (Núñez y Tubón, 2009), es decir la forma como percibe la persona de sí mismo. Obviamente se entiende que lo psicológico es un aspecto implícito; así también como se puede apreciar en el aporte de Camacho (2005), quien entiende la existencia de múltiples factores que inciden en la salud mental enfatizando principalmente en el abuso de psicotrópicos por parte de adolescentes.

Se resume por lo tanto que son varios factores que tienen incidencia sobre la salud mental y que no se encuentran aislados, sino que existe conexión entre lo individual y lo social, tales factores son: Medio ambiente, sociedad, entorno familiar, lo biológico.

1.1.3 Personalidad

Para comprender la definición de personalidad, existen varias consideraciones teóricas, una de ellas es la perspectiva de Maslow (1991) quien sostiene que la personalidad se rige en base a necesidades; es decir que “el organismo está dominado por las necesidades insatisfechas al igual que la organización de su comportamiento...aquellos individuos que han satisfecho siempre una determinada necesidad, *son* los que están mejor preparados.” (p. 25) así mismo establece una jerarquía de tales necesidades, desde las básicas hasta las complejas.

Por otra parte, el psicoanálisis freudiano comprende a la personalidad como un conjunto de estructuras que están en pugna constante, tal como explica Carballo (1972) sobre la “triple estructura del aparato psíquico compuesto por el yo, el ello y el súper yo...recurre a la comparación del mismo” (p. 52) en donde despliega la indisoluble lucha entre principio de realidad y placer.

Otro concepto respecto al de personalidad es la de personalidad Tipo A, según Polaino, Cabanyes y Del Pozo (2003), señalan que entre los principales rasgos están: “impaciencia, intensa implicación laboral, competitividad, inquietud, tensión muscular, necesidad de logro, y actitudes exigentes respecto de las personas que trabajan y conviven con ellos” (p. 477) indican también que pacientes con esta personalidad, suelen padecer de tendencia a afecciones cardiovascular.

Por otra parte, el enfoque del desarrollo psicosocial de Erikson citó Cloninger (2003), sostiene que la personalidad “se desarrolla de acuerdo con los pasos determinados en la

preparación del organismo humano para ser dirigido hacia, estar consciente de, e interactuar con un radio amplio de individuos significativos e instituciones” (p.138)

Así mismo enfatiza Cloninger (2003) que, durante la adolescencia, la personalidad fluye entre el éxito de haber concretado identidad propia o el fracaso de no haberla desarrollado, generando crisis de identidad:

La confusión de identidad ocurre si una identidad coherente no puede ser lograda. Ninguna identidad prevalece como el núcleo. Otra resolución no deseable de la crisis de identidad es el desarrollo de una identidad negativa, esto es, una identidad basada en los roles no deseables en la sociedad, tales como la identidad como delincuente juvenil, la cultura proporciona imágenes claras de tales identidades negativas, haciéndolas atractivas a aquellos que encuentran que una identidad valorada positivamente parece inalcanzable. (p. 143).

Los autores indican en la salud mental existe varios factores que pueden influenciar a las personas en cualquier etapa de la vida, ya que todo ser humano sufre procesos de cambio que van definiendo su personalidad y temperamento y así puede tomar buenas y malas decisiones en la vida.

De modo que la personalidad puede ser comprendida como los aspectos que definen a una persona de otra, es decir las características de comportarse en las esferas donde actúa; y que dicha conducta puede verse influenciada por estímulos variados del ambiente, de motivaciones o de experiencias en la sociedad. Tal como resume Cloninger (2003) “las metas de una persona se dirigen a un estilo de vida único” (p.114).

1.1.4 Estrés

En cuanto a la variable de estrés, es preciso considerar que este equivale a “toda respuesta biológica, inespecífica, estereotipada, y siempre igual al estresor, mediante cambios en los

sistemas nerviosos, nervioso e inmunológico de significado defensivo” (Orlandini, 2012, p.19)

El estrés puede ser abordado desde el enfoque de la psicopatología o la epidemiología Buendía (1993), así como también puede ser visto desde varias dimensiones que inciden en la generación del mismo, tales dimensiones implican los aspectos: biológico, psicológico, social y sociocultural. (Sue, 2012)

El estrés de manera general es entendido como:

Relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar, estado de sobre-activación sostenido experimentado por una persona ante distintas situaciones consideradas o evaluadas como excesivas o amenazantes y que ocurren bajo condiciones de escaso apoyo social y de recursos de solución o control por parte del sujeto. (Saz, 2004, p.118)

Dentro del estudio del estrés hay que considerar aspectos tratados en la psicopatología, es decir, entender lo que es el estresor, así como diferenciar entre un Trastorno por Estrés Agudo y el Estrés Postraumático. (Sue, 2012, p.176)

Este autor considera que el estresor es toda condición exógena al cuerpo humano, que exige acción ante el mismo, instando una “demanda física o psicológica en una persona. Van de irritación crónica y frustración a eventos agudos y traumáticos.” (Sue, 2012, p.175).

Entre los trastornos por estrés se encuentra el TEA o Trastorno por Estrés Agudo, el cual implica la presencia de estrés durante un mes posterior a haber estado expuesto a un elemento estresor de carácter traumático (Sue, 2012) Otro trastorno por estrés es conocido como TEPT o Trastorno por Estrés Postraumático, el cual tiene como características: ansiedad o disociación, lo cual se extiende más de un mes después de haber estado expuesta al estresor.

Similar a lo que plantea Sue (2012) bajo la definición de Papalia, Wendkos, & Duskin (2005) el estrés es visto como la “respuesta a las exigencias físicas o psicológicas que da una persona” (pág. 416). Así también, la psicología social explica al estrés como un estado o “experiencia subjetiva de excitación fisiológica” (Kimble et al.2002, p. 455).

También Buendía (1993) en similitud a lo mencionado, confirma que el estrés podría ser considerado como una respuesta fisiológica de una persona ante la presencia de tal o cual estresor. Pero también es relevante comprender que el estrés puede tener implicaciones biológicas, o de causas estructurales provenientes del encéfalo, tal como recalca (Wing & Sue, 2012) las “respuestas adicionales al estrés ocurren desde el eje hipotalámico – pituitario-adrenal.” (p.178). Esta idea se asocia con la de Carlson (1996) quien considera la importancia de ciertas hormonas que juegan papel relevante en cuanto al estrés, tales como la norepinefrina, y el cortisol, “situaciones estresantes aumentan la liberación de norepinefrina” (p.328).

En cuanto al estrés visto desde la dimensión social se debe considerar que esta implica el soporte, la situación o las condiciones tales como el aislamiento, o la carencia de apoyo social, etc. tal como resume (Wing & Sue, 2012) “la falta de apoyo social después de experimentar un trauma quizá sea más importante que las influencias del maltrato infantil y la historia familiar” (pág. 180) por lo tanto el estrés es causado en ciertos casos por la influencia del medio social y la carencia del apoyo social correspondiente.

En orden similar, hay que considerar el estrés visto desde la dimensión sociocultural corresponde la tensión manifiesta en una sociedad, y que afecta a tal o cual grupo de personas, etnias, grupos marginales, etc. (Wing & Sue, 2012). Por ejemplo, casos de personas extranjeras que habiten en un país a quienes se les regule la vida bajo términos difíciles.

No solo se debe centrar en la presencia del estrés, sino en hacer énfasis sobre el control o regulación del mismo; existe según Feldman (2010) formas de confrontarlo, dicha confrontación implica primero enfocarse en aspectos emocionales y segundo, centrarse en el problema concreto. Mientras que el primero “busca cambiar la percepción del problema” (p.424). Por otro lado, el segundo aspecto tiende a “buscar alternativas, situaciones, para solucionar, o alterar la situación problema” para menguar o superar la situación (p.425)

Como se ha podido constatar en las definiciones anteriores, el estrés es una variable que se presenta tanto por aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Es así que, por la falta de apoyo de la sociedad, la familia y la educación el ser humano puede caer en depresión y así bajar su nivel intelectual y por ende su autoestima y esto va a perjudicar en su vida personal y laboral y traer consecuencias mortales.

1.1.5 Apoyo social

Se hace referencia a la importancia del apoyo social ya que “se constituye como factor de protección en el bienestar del adolescente, ya que brinda apoyo emocional, material e informacional, los cuales generan recursos valiosos para enfrentar las situaciones de riesgo que se pueden presentar” (Chavarría & Barra, 2004, p.42).

También se define al apoyo social como “red de personas que se interesan y cuidan entre sí” Feldman (2010). De esto se puede deducir que los amigos o los pares, la familia, la escuela podrían ser considerados como parte de aquella red de apoyo, la cual es recurrida por parte de las y los adolescentes.

Reforzando la definición anterior, Sullivan (como se citó en Jensen, 2008) establecía que las “amistades íntimas en la adolescencia son importantes para construir autoestima...refuerzan su comprensión social” (pág. 249). Por lo tanto, se puede observar la importancia del apoyo social, y la implicación de los círculos en donde interacciona.

Así también (Saz, 2004) establece el apoyo social como el “soporte, ayuda que recibe un sujeto de su entorno ambiental. Reduce los efectos perjudiciales del estrés y permite soportar mejor la amenaza” (p.42). Lo que se podría interpretar como todos los aspectos que permiten al adolescente gozar de salud mental.

Se puede entender también al apoyo social según Rodrigo y Palacios (2013). Como sinónimos de “red social o red familiar” (p.570). Es decir que la familia juega un rol importante como promotor de soporte social para el adolescente, ya que implica las acciones que son tomadas por la familia tales como crianza, educación, etc. consolidándose como “red de apoyo social para las diversas transiciones vitales...red de apoyo personal y social, de la que destacan su eficacia y su adaptabilidad a las circunstancias” (Rodrigo & Palacios, 2013. P.35).

Reforzando la idea anterior, se expone la siguiente cita: “Debe considerarse que existen varios tipos de apoyo que buscan los adolescentes, entre los básicos se encuentran el apoyo: informativo, el instrumental, el de compañerismo y el de estima” (Jensen, 2008, p.250).

Dentro del apoyo informativo se pueden encontrar los casos de adolescentes o estudiantes que buscan “consejos y orientación en la solución de problemas personales” (Jensen, 2008, p. 250). Lo que implica búsqueda de apoyo frente a complicaciones o problemas personales, tal como podría ser una decisión a tomar.

Otro tipo de apoyo es el instrumental, el cual se asocia con aspectos materiales, tal como “ayuda en distintos tipos de tareas” (Jensen, 2008, pág. 250). Por lo tanto, incluye la búsqueda de apoyo en actos sociales tales como puede ser una fiesta, prácticas de algún tipo de deporte, o la implicación de confianza de un par con otro.

El apoyo a la estima es comprendido como la ayuda propiciada entre compañeros, y aparentemente tiene implicaciones de tipo afectivo, pues tal como refiere Jensen (2008) la ayuda que “los amigos adolescentes se proporcionan al animarse o controlarse cuando fracasan” (p.251).

Como puede constatarse bajo estas posturas teóricas, se entiende que el apoyo social implica un aporte esencial para la salud mental del adolescente, pues podría tener incidencia sobre el consumo de sustancias psicoactivas; así como se recalca en una investigación realizada, la cual indica que según el apoyo social que se brinde, este puede generar proactividad por parte de los adolescentes adictos para una recuperación más próxima, dentro del marco de la investigación se considera que “el apoyo social es un factor protector de la recaída del consumo de drogas, en pacientes que habían alcanzado la abstinencia del consumo” (Gardenia, M. L. Alvarado, M. E. Montenegro, M. Pino, P. 2008, p.173).

Así también se observa el rol fundamental de las instituciones sociales como redes que pueden proporcionar apoyo social a los adolescentes, principalmente la familia como elemento básico para poder prestar el soporte necesario durante la etapa del desarrollo adolescente, dicha afirmación se corrobora con la postura de Rodrigo y Palacios (2008) :

A pesar de esta amplia diversidad, parece claro que la función principal de las redes sociales es que pueden aportar un apoyo que representa una ayuda muy valiosa para los padres a la hora de afrontar las diversas tareas

relacionadas con el cuidado y la socialización de los hijos (Rodrigo & Palacios, 2008, p.78).

Para concluir, se resume que dichas redes o instituciones están en capacidad de prestar ayuda o comprensión de las situaciones que afrontan los adolescentes ante ciertas variables psicosociales que podrían afectar al desarrollo en general del mismo; por lo tanto, se sostiene la idea de que el apoyo social es un factor de protección para la vida en esfera psicosocial.

1.1.6 Inflexibilidad psicológica

Se puede encontrar como referencia a Pepper (2012) quien, sustentada en los enfoques de Hayes, refiere sobre la variable de inflexibilidad psicológica, y que para dicho término también se utilizan los sinónimos de: “evitación experiencial “Experiential avoidance” evitación cognitiva “cognitive avoidance” o afrontamiento de evitación “avoidant coping”” (pág.4).

López, sustentándose también en Hayes (como se citó en López (2014) refiere que la inflexibilidad psicológica:

Ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas (ya sean pensamientos, recuerdos, sensaciones...) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal (p.100).

Así también Martínez- Barranco (2015) establece que el trastorno por evitación experiencial o inflexibilidad psicológica busca disociarse de aspectos negativos:

Es un patrón inflexible, que se caracteriza por respuestas del individuo cuyo objetivo es evitar y/o cambiar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales u otros eventos privados que se valoran negativamente y producen malestar (por ejemplo, el dolor). Los individuos que están inmersos en este ciclo de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica, de algún modo asumen que la eliminación de esas experiencias (dolor, angustia, miedo, malestar, etc.) es necesaria para poder vivir una vida satisfactoria y valiosa. (p.11).

Desde otra perspectiva similar la inflexibilidad psicológica equivale a “un constructo central en el modelo psicopatológico de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)” (Ruiz, 2014,

p.887). Es decir que el constructo o pensamiento es estudiado por dicho enfoque terapéutico de aceptación y compromiso, que busca comprender y dar tratamiento a la evitación de emociones las cuales a su vez son el producto de situaciones con fuertes contenidos tanto cognitivos como emotivos (Ferro, 2000).

En otros términos, se puede comprender la inflexibilidad psicológica como un aspecto que podría implicar problemáticas en la vida de las y los adolescentes, se debe entender la importancia de eludir tal conducta de evitación o inflexibilidad psicológica para concretar lo contrario, la flexibilidad psicológica, este último término que es entendido por Blackledge, Ciarrochi, & Deane (2009). Como conjunto de habilidades para percibir plenamente cualquier “evento externo o interno” (pág. 227).

Resumiendo las ideas anteriores y en base a ellas, se podría comprender que la variable de flexibilidad psicológica es de protección, mientras que también se pensaría que la inflexibilidad psicológica equivale a un factor de riesgo para los adolescentes.

1.1.7. Compromiso vital

Saz (2004) entiende al compromiso vital como la “acción por la cual la persona asume sus valores a través de su acción (material, social, etc.) y expresa completamente su ser intelectual y moral en esta acción.” (p.75).

De manera similar la revista Salzberg (2013) explica que el compromiso es uno de los trabajos más difíciles de asumir porque “implica tomar conciencia de nuestra manera de vivir sin engañarnos a nosotros mismos ni a los demás.” (p.45).

Desde el enfoque educativo de Serrano (2002) se señala la necesidad del compromiso vital “para todos los miembros de la comunidad educativa: alumnos, padres y madres, profesores y todos es necesario...para la educación” (p.386).

También Touriñán (2008) trata sobre la educación y la ética asociándolos con la variable de compromiso vital, en donde expone que “la ética de la responsabilidad pone el acento en el compromiso vital con los otros” (p.172).

Otras definiciones resaltan que el compromiso vital está implícito en el ámbito de la investigación educativa, considerándola como una “energía que detone procesos positivos que lleguen a incidir en la transformación social” (López, 2011, p.28) por lo tanto su importancia radica en que el compromiso vital puede generar cambios.

El bienestar subjetivo y las expectativas de vida son dos factores importantes y que van de la mano ya que abarcan varios factores importantes dentro de la vida de un ser humano como es la felicidad, satisfacción y en las personas estos factores son deseables porque son estados que están asociados a la salud física y mental, a la creatividad y también se enfocan en el equilibrio emocional de una persona.

Asociando estas ideas o definiciones, se entiende que el compromiso vital implica la necesidad de relación para un mejor desarrollo integral, tanto a nivel de la investigación educativa (López, 2011), así como del compromiso ético (Touriñán, 2008) y dentro de la comunidad educativa (Serrano, 2002). Por lo tanto, se comprendería que el compromiso vital equivale a un conjunto relaciones, de una red en donde se ve implicada la acción de cada parte de la comunidad educativa; y en donde cada actor podría considerarse participe de la salud mental, como de la prevención del consumo por parte de los adolescentes o generar cambios positivos tanto a nivel institucional (de un colegio) como a nivel nacional (bachillerato).

En resumen, como puede apreciarse en lo expuesto; el compromiso vital implica actitudes, y acciones por parte de un individuo, de la colectividad en general, así como de grupos o instituciones sociales como la escuela, la familia, la comunidad, etc. Pues, como se puede constatar en las citas anteriores, contribuyen al desarrollo, a la educación, a la ética, etc. evitando dificultades.

1.1.8 Resiliencia

Para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (1998). La resiliencia es explicada de la siguiente manera:

Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social. (p.8).

También Becoña (2010) define la resiliencia de manera parecida:

La resiliencia, o capacidad de superar los eventos adversos, y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas (muerte de los padres, guerras, graves traumas, etc.) La palabra resilio, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (p.125).

Así mismo, Kotliarenco, Álvarez & Cáceres (1996) entienden el concepto de resiliencia como “la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, salir fortalecido e incluso transformarlo”.

Como se observa en lo anterior, la resiliencia es la forma para enfrentar la fatalidad y lograr adaptarse adecuadamente ante las miserias, las coacciones o el estrés rígido que puede sufrir el ser humano.

Ser resiliente no significa no sentir malestar, dolores emocionales o dificultad ante los peligros. La muerte de un ser querido, una enfermedad grave, la pérdida del trabajo, problemas financieros pueden ser sucesos que tienen un gran golpe en las personas, produciendo una sensación de inseguridad, incertidumbre y dolor emocional. Aun así, las personas cuando pasan por estas dificultades logran sobresalir y sobre ponerse ante las desgracias adaptándose a los cambios y al tiempo.

Y de manera similar lo anterior, Forés y Grané (1998) conciben a la resiliencia como la capacidad de “alterar plenamente su destino, para lo mejor y lo peor” (p.18).

Como puede apreciarse, estas definiciones acerca de la resiliencia tienen en común el uso de la capacidad para superar, para desarrollar, para transformar o afrontar situaciones complejas, adversas, traumáticas, etc. En otros términos, se puede decir que la resiliencia implica evolucionar ante un desastre o condición que se opone o afecta a la salud mental.

Por tal motivo, en el siguiente cuadro se exponen los aspectos del riesgo, que van ligados a la resiliencia, y que pueden considerarse en el ámbito de la salud mental y la prevención del consumo.

Tabla1. Fórmula implementada para la gestión de riesgos

R: A*V/ C
R: riesgo, A: amenazas, V: vulnerabilidad, C: capacidad
Amenaza: “condición o fenómeno que puede generar impactos a la salud.”
Vulnerabilidad: “características que hacen propensa o susceptible a un impacto negativo.”
Capacidad: “fortalezas, atributos, recursos para sobreponerse a un evento.”

Fuente: Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil. Guía de organización multinivel para la reducción de riesgos de desastres en contextos urbanos, con enfoques basados en derechos, 2014, p.12
Elaborado por Cesar Aizaga Castro, Guayaquil 2015.

En relación a este recuadro que expone aspectos concernientes al riesgo, se puede deducir que la adolescencia es una etapa en donde las amenazas están constantemente presentes, entendiendo las amenazas como los aspectos que afectan la salud mental; por tal razón es preciso resaltar sobre lo que la Organización Mundial de la Salud (2014) indicó respecto a la adolescencia y los peligros, se entiende que “el consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores.” (párr.2) De manera que el adolescente se puede encontrar en situaciones de riesgos para la salud mental o la integridad en general; condiciones que pueden ser parte que caracteriza la comunidad o la cultura. Por lo tanto, ante la presencia de tales situaciones o amenazas, la resiliencia debe ser vista como la capacidad de afrontar, de superar, de resistir o de sobrellevar tales riesgos (Ilustre Municipalidad de Guayaquil, 2014).

Como se observa en lo expuesto, el concepto de resiliencia ayuda a comprender la potencialidad para confrontar, de superar o mitigar una situación de amenaza por parte de una comunidad, institución o persona frente a las situaciones, condiciones, o adversidades para la salud. Así también, podría considerarse al abuso de sustancias psicotrópicas como una amenaza para los adolescentes pero que precisamente el factor resiliencia sería analizado como un aspecto para confrontar la dependencia.

Así también podría considerarse que frente a una amenaza como es el consumo problemático, también puede instalarse capacidades como el apoyo mediante determinadas terapias, las cuales podrían incurrir a la resiliencia; tal como lo explican Becoña, López-Durán y Fernández (2013) “el constructo de resiliencia tiene una gran relevancia en el ámbito de la prevención de las drogodependencias” (p.61).

En resumen, la resiliencia es un factor de suma importancia para comprender la salud mental y la superación que puede generarse ante un riesgo; en sí, es construir algo nuevo y bueno en medio de los problemas, se puede decir que una persona sana mentalmente puede encontrar los lados positivos en medio de una dificultad sentirse tranquila y sobrevivir a las complicaciones teniendo un espíritu emotivo mediante la confianza y la alegría.

1.1.9 Ansiedad y depresión

Se entiende la ansiedad como:

Una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes condiciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria, 2008, p.31).

Para reforzar la idea se recurre a la definición de Saz (2004) quién postula que la ansiedad es un:

Estado emocional de tensión nerviosa, de miedo intenso, mal diferenciado y, a menudo, crónico. Se caracteriza por síntomas somáticos como temblor, inquietud, sudoración, palpitaciones, etc. Los síntomas cognitivos también aparecen en forma de inquietud psíquica, hipervigilancia, pérdida de concentración, etc. (p.37).

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) exponen una idea general acerca de este factor, ellos mencionan que “La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa” (p.14).

En cuanto a las definiciones de la depresión, el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (2009) la especifica en términos de enfermedad:

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una **enfermedad** común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. (p.2).

También debe entenderse la depresión como lo entiende Serrano, Rojas, & Ruggero (2013) quienes dicen que “La depresión, en su sentido más común y más popular, es un síntoma

anímico, aunque también puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al del bajo estado de ánimo.” (p.49).

Parecida a las posturas anteriores, (Saz, 2004) expone la depresión como una enfermedad mental que manifiesta las siguientes características: “modificación profunda, cambio de humor en el sentido de la tristeza, el sufrimiento moral y la disminución de actividad psicomotriz y reducción de actividad social” (p.93).

Para el estudio de esta variable también se podría tomar en cuenta el rol que juegan las emociones; tal como expone Papalia (2005) quién observa que “la emoción negativa, como la ansiedad o el estado de ánimo depresivo, a menudo se asocia con una mala salud física y mental y la emoción positiva con la buena salud” (p.603) por lo tanto se acentúa la importancia del papel que manifiestan las emociones negativas o positivas en la salud mental del adolescente.

Así también se debe considerar que los trastornos de ansiedad, pueden verse asociados a la depresión o al consumo de sustancias ilícitas (Sue, 2012). En relación a esto, también se señala que frente a altos niveles depresivos o de ansiedad en la vida cotidiana, existen más tendencias al consumo tanto de tabaco, de alcohol u otras sustancias para contrarrestar ansiedad o depresión y lograr “sensaciones más agradables, a la larga, el consumo de estas sustancias puede hacerse más necesario, para conseguir los mismos efectos” (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994, p.150).

Como se observa en las referencias expuestas, se podría sintetizar que la depresión o la ansiedad, son manifestaciones que pueden darse en la vida de una persona frente a condiciones complejas (NIH, 2009); constatando así que tanto ansiedad como depresión, pueden llegar a ser considerados trastornos crónicos (Saz, 2005). Por lo cual, se resume que la depresión y la ansiedad pueden llegar a significar aspectos negativos en la formación personal del individuo ya que pueden perjudicar en la salud física y mental.

1.1.10 Satisfacción vital

De acuerdo a Shin y Johnson (Diener, 1985) la satisfacción vital es considerada como “evaluación global de la calidad de vida de una persona de acuerdo a sus criterios seleccionados” (pág.71). También Diener (como se citó en Moyano y Ramos, 2007) la concibe “como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre)” (párr. 11).

En relación a lo mencionado, Díaz y Sánchez (2001) refieren que “La satisfacción con la vida es considerada como el componente cognitivo del bienestar subjetivo. Este concepto puede estudiarse desde un punto de vista afectivo o emocional considerando el equilibrio entre el afecto positivo y el afecto negativo.” (p.151).

Como se observa tales definiciones acerca de la satisfacción vital son importantes para comprender la adolescencia, y podría ayudar a comprender la asociación de tal variable en cuanto a salud mental y consumo de sustancias; cada estudio de estas posturas expone concepciones similares; y se hace importante enfatizar que la satisfacción vital debe ser valorada de manera general, incluyendo los aspectos que podrían ser considerados positivos como negativos; así como señalan San Martín y Barra (2013) quienes refirieron que “aquellos adolescentes que informan altos niveles de satisfacción vital tienden a mostrar además mejores niveles de funcionamiento en las áreas intrapersonal, interpersonal y en el área escolar.” (p. 287). En relación a esto mencionado, se podría concluir que bajos niveles de satisfacción vital expondrían lo contrario.

Continuando con lo expuesto, también se hace referencia a la asociación de la satisfacción vital con los objetivos vitales de una persona, reforzando la idea de que los individuos tienen particulares objetivos que lograr, y que el alcance de los mismos proporciona niveles de satisfacción (Castro y Díaz, 2002). Así también que el apoyo social se asocia con la autoestima, y dicha relación incurre en el proceso de desarrollo del adolescente (San Martín y Barra, 2013).

Así también San Martín & Barra (2013) realizaron un estudio en donde se asoció la variable de satisfacción vital con el apoyo social y la autoestima, los cuales incurren dentro del proceso de desarrollo en la vida del adolescente; de allí la vitalidad de comprender que la satisfacción vital se asocia a algunos otros aspectos, y no es una variable aislada.

Para la Unidad de Investigación de Psicología (2012) se puede diagnosticar mediante una escala de la satisfacción con la vida que posea la persona adolescente para su desempeño tanto, social, educativo, familiar, y de ahí saber cómo es su relación con el medio en que se desarrolla y buscar las formas más pro activas de ayudarle en el caso que existiera problemas de salud mental.

		des Mu Y erd o		Ne utr o			Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos de mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4		5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4		5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4		5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4		5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4		5

Fuente: Unidad de Investigación de Psicología. 2012
Elaborado por: César Aizaga Castro. 2015

En resumen, la satisfacción vital permite entender los criterios respecto a la satisfacción con la vida, influyendo en la autoevaluación subjetiva que hace de sí, de manera que la persona estaría en posibilidades de expresar un alto o bajo nivel de satisfacción en las actividades que realiza o de la forma que toma las decisiones.

1.2 . CONSUMO DE DROGAS

Tal como señala el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, (s.f) clasifica la droga como una “sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones” (p.7) lo cual implicaría las sustancias lícitas e ilícitas. Para comprender mejor, se expone en la siguiente figura dos conceptos básicos relacionados con la drogodependencia:

Tabla 2. Términos asociados a la drogodependencia

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Tolerancia	Requerir de sustancias más elevadas para alcanzar efectos deseados
Abstinencia	Síntomas físicos y emocionales ante la carencia de sustancia: vómito, irritabilidad, temblores, etc.

Fuente: Sue, 2012, p.234
 Elaborado por Cesar Aizaga Castro, 2015

Teniendo claro estos conceptos elementales se describirá a continuación sobre temas específicos que corresponden al uso y abuso de drogas incluyendo las posibles causas que conllevan al consumo, así como las problemáticas que acarrearán sobre la vida de los adolescentes y su desempeño.

1.2.1 Consumo problemático de la droga

El Observatorio Europeo de Drogas (2005) expone que “el consumo problemático de drogas (CPD) se define como el consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración” (párr.1).

Para reforzar la idea se considera también la definición del Consumo de Riesgo, que según la interpretación de la Organización Mundial de Salud (1994) es “el patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor.” (p.27).

El abuso de drogas, según otra concepción equivale a un comportamiento “inadaptado que consiste en el uso recurrente de las mismas y que supera sobre un periodo de 12 meses, conllevando a un deterioro” (Sue, 2012, p.135).

Ante lo expuesto también podría enfatizar que el consumo de sustancias es un problema social e históricamente conocido y aceptado, ya sea para rituales o por razones médicas, así

como por placer. Se conoce que el consumo de estupefacientes es dañino para la salud humana pero siempre existen criterios de diferente índole donde justifican el consumo de los mismos. (Evans, Hofmann y Rälsch, 2000).

En cuanto a tales rituales existe evidencia de estudios que, en la antigüedad, el consumo de sustancias era usado con fines religiosos por un chamán o brujo o también por los miembros de la comunidad en general; específicamente la región andina en donde era y sigue siendo común el uso de distintas plantas alucinógenas para ceremonias o para generar estados de alteración e influencia en “las profundidades de la mente y del espíritu del hombre” (Evans, Hofmann y Ralsch, 2000, p.7).

Por lo que cual es notable hoy en día los problemas que existen respecto al consumo de sustancias psicotrópicas, mismas que afectan la vida familiar, el desempeño académico y conductual de las y los adolescentes. Se puede clasificar a las drogas de manera básica como: depresivas o sedantes, estimulantes y alucinógenos (Sue, 2012). Por lo cual se procede a indicar dicha especificación a través del siguiente recuadro de la siguiente manera:

Tabla 3. Clasificación básica de las drogas según Sue.

Clasificación	Efectos	Sustancia
Depresivos y sedantes	<p>Deprime S.N.C. Induce al sueño. Alivia ansiedad.</p> <p>Posibles daños al Sistema Nervioso.</p> <p>Síndrome de desmotivación.</p> <p>Disminución de la capacidad creativa e intelectual.</p> <p>Deterioro en los procesos de pensamiento, atención y memoria.</p>	<p>Alcohol.</p> <p>Opiáceos.</p> <p>Barbitúricos.</p> <p>Tranquilizantes.</p> <p>Inhalantes.</p>

Estimulantes	<p>Energiza S.N.C.</p> <p>Genera euforia.</p> <p>Genera estado de alerta.</p> <p>Se presenta inseguridad.</p> <p>Deterioro paulatino en la capacidad de aprendizaje.</p> <p>Alteraciones cardiovasculares.</p> <p>Alteraciones en la actividad cerebral.</p>	<p>Cocaína.</p> <p>Pasta- Crack.</p> <p>Anfetaminas.</p> <p>Café, té, chocolates.</p> <p>Tabaco.</p>
Alucinógenos	<p>Produce alucinaciones.</p> <p>Produce alerta.</p> <p>Mayor comprensión.</p> <p>Depresión y crisis de angustia.</p> <p>Reducción en el impulso sexual, apatía, lentitud, torpeza, pereza, disminución de la atención y concentración, trastornos de la memoria.</p>	<p>Marihuana</p> <p>LSD</p> <p>PCP</p> <p>Peyote y Psilocybina</p> <p>Éxtasis o Mdma.</p> <p>Metanfetaminas</p>

Fuente: Sue, 2012, p. 235.
 Elaborado por Cesar Aizaga Castro 2015

Como se aprecia en la tabla 3, se observan las sustancias depresivas como pueden ser el alcohol y los opiáceos (que contienen opio), incluyendo los ansiolíticos; así como de los alucinógenos como son la Cannabis o mariguana; respecto a las sustancias de naturaleza estimulante, es decir que “activan la conducta” (Carlson, 1996) se encuentran la cocaína, las anfetaminas, los antidepresivos, la cafeína, mismas que causan variación conductual como euforia, carencia de sueño, ansiedad, etc. (Sue, 2012).

Así mismo se enfatiza sobre las sustancias alucinógenas, mismas que producen “alucinaciones, atenciones sensoriales vívidas, incrementan el estado de alerta o la percepción de una mayor visión” (Sue, 2012, p.244). Como se puede corroborar en la figura 3, entre dichas sustancias se encuentran: La cannabis o marihuana, el ácido lisérgico o LSD, y la fenciclidina, abreviada PCP.

Frente a la complejidad de las sustancias ilícitas; también hay que recalcar que las drogas socialmente permitidas como el alcohol y el tabaco, no dejan de ser adictivas o de estar en capacidad y potencialidad de producir daños similares como lo podrían generar cualquiera de las otras sustancias sintéticas como las que se ha mencionado.

Según el Instituto Europeo de Estudios en Prevención (2009) los signos de advertencia para saber si alguien consume sustancias ilícitas son:

- Problemas en la escuela, tales como malas calificaciones o faltar a clases.
- Cambio en las relaciones con sus amigos y la familia incluyendo el pasar más tiempo a solas, volverse reservado, salir furtivamente durante la noche, o irse de la casa.
- La falta de higiene o que ya no se preocupa por su apariencia.
- Duerme demasiado o muy poco.
- El uso frecuente de productos para ojos rojos, nariz que moquea, o para refrescar el aliento.
- Accidentes, lesiones o heridas o quemaduras.
- Pérdida de interés en las cosas que solían ser divertidas.
- Desaparición de artículos de valor o de medicamentos recetados.

(p.15)

En sustento a las posturas anteriores, se podría expresar que el consumo problemático de drogas tiende a estar relacionado con dificultades personales o familiares o con circunstancias sociales y económicas adversas. También puede notarse que estos factores son similares a los que a menudo se encuentran ligados también a otros problemas sociales como, por ejemplo, las enfermedades mentales y la delincuencia.

1.2.2 Consumo problemático del alcohol

El consumo problemático del alcohol es entendido por la Comisión Nacional contra las Adicciones de México (2014) como un “patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales” (p.5).

También debe considerarse que la definición de problema relacionado con el alcohol para la Organización Mundial de la Salud (1994) es “todo efecto adverso que acompaña al consumo de alcohol. El término puede emplearse para hacer referencia a un bebedor aislado o a la sociedad” (p.50).

En relación a lo ya descrito, en una investigación sobre factores asociados al consumo problemático, Lerma-Cabrera, Steinebach, Carvajal, Ulloa, Cid-Parra y Langer (2015) resumen que:

El consumo problemático de alcohol en jóvenes se ha asociado con graves consecuencias sociales, de salud y económicas. Diversos estudios muestran que cuanto más temprano comienza el uso de sustancias, mayor es la probabilidad de desarrollar un trastorno de consumo de sustancias en la adultez. (p.57).

En base a las definiciones anteriores, se puede notar que el consumo de alcohol es de carácter social, ya que se encuentra en todo programa y evento y que en la actualidad el alcoholismo no es un problema solo de los adultos, sino que aqueja a la adolescencia.

De lo dicho anteriormente Rodrigo & Palacios (2013) revelaron que existen espacios en donde la tendencia al consumo de alcohol por parte de adolescentes tiene incidencia todos los días, aun cuando se da en dosis bajas; incluso hacen referencia también sobre la “cultura de la noche” la cual se impone entre la adolescencia y juventud, y es caracterizada por el uso y abuso de alcohol.

Como se ha descrito, el alcohol, es una sustancia que repercute sobre el sistema nervioso central; sin embargo, no se puede evitar los aspectos hereditarios que confluyen en el consumo problemático; de ahí que Sue (2012) recuerda que “las personas con historia familiar de alcoholismo tienen un riesgo mayor de por vida a desarrollar alcoholismo” (p. 247).

Estas referencias indican la importancia que tienen las maneras de tratar o de mantener estilos correspondientes de crianza por parte de los padres para los hijos, ya que si los hijos reciben maltratos por parte de los padres ellos en su adultez y con su familia también padecerían efectos del abuso de alcohol por lo cual se hace importante considerar la postura de Rodrigo y Palacios (2013) quienes exponen que “cuantas más horas pasan chicos y chicas fuera de casa, y cuanto más tarde vuelven al hogar, más alcohol han consumido” (p.87).

Vale añadir también la relación entre consumo y ultraje, lo que se entiende es que el consumo problemático de alcohol puede darse de manera relevante entre aquellos quienes padecieron maltratos durante la infancia (Rodrigo & Palacios, 2013). Usualmente los motivos para el consumo de alcohol pueden ser por celebraciones, fiestas, y todo evento social añadiendo la facilidad de acceso a las bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes las mismas que son “conseguidas a bajo costo en supermercados o en su propia casa y que, mezcladas con bebidas sin alcohol, permite conseguir muchas dosis a partir de un litro de una bebida alcohólica de alta gradación” (Socidrogalcohol, 2010, p.20).

Por consiguiente, se resume que la bebida alcohólica es una sustancia adictiva, y el abuso de ella, puede acarrear dependencia, es decir adicción que genera daños físicos, materiales, académicos. También podría considerarse que el consumo problemático respecto al alcohol es una situación que se presenta como una unidad, lo que implica la concatenación de las distintas estructuras tales como: aspectos hereditarios, de maltrato, de la accesibilidad de conseguir alcohol y el control; así como de la cultura del consumo que se impone, y la necesidad de entender los mecanismos de regulación correspondiente para uso y consumo a fin de evitar el abuso.

1.2.3 Causas del consumo de drogas

Entre una de las causas del consumo de drogas podría considerarse la influencia de la familia dentro de la problemática del consumo, así como la compañía de las amistades.

El entorno familiar, que incluye a padres y hermanos, 19.4%, y otros familiares (primos, tíos, etc.), 17.1%, es el principal ambiente de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, 36.5 %, seguido de los amigos del barrio, 24.3%, y los compañeros de estudio, 23.8%. En lo que respecta a la tasa de incidencia

anual de alcohol, el estudio determinó que cada año más de 230 000 escolares se inician en el consumo de bebidas alcohólicas. (Naciones Unidas, 2013, p.5).

Así mismo, (Papalia, 2005) amplía las razones que motivan a que un adolescente consuma drogas, partiendo de aspectos detallados y precisos para poder comprender la causa por la que se presenta la problemática tratada, entre tales motivaciones se encuentran:

- pobre control de impulsos
- temperamento difícil
- fracaso académico
- rechazo de los padres
- asociación con consumidores
- marginación
- iniciación temprana en el consumo (p. 440)

En relación a estas ideas, la fundación Vivir sin Drogas (1999) indicó 2 causas del consumo de drogas, corroborando que no necesariamente se da por problemas familiares; señala primero la curiosidad como aspecto que motiva al consumo, otra causa es conocida como “consumo recreativo. Este término se utiliza para hacer referencia a aquellos usos de drogas en los que se buscan diversión y placer” (p.10).

Es decir que posiblemente la causa del consumo no solo se vea ligada a la influencia familiar, como se observó en la postura de Naciones Unidas sino como producto incluso de búsqueda de recreación y placer.

Como puede observarse, dicha afirmación se asocia con las ideas de Papalia (2005) respecto a las razones y motivaciones que incurren en el consumo de drogas. Sin embargo, no debería verse como una contrastación frente a la postura demográfica de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012); ya que puede ser apreciada como un sistema que asocia lo individual y lo social, etc.

En resumen, se puede observar aspectos elementales que podrían ser las posibles causas del consumo de drogas, mismos que inciden de manera importante sobre la conducta de los adolescentes y su desarrollo; pero debería notarse que la socialización es un aspecto por el cual se da toda esta relación entre la familia, la escuela, las motivaciones individuales, condiciones escolares (fracaso frente a éxito), aspectos demográficos, temperamento.

Y que por lo tanto, también podría entenderse que las causas del consumo son múltiples, en donde confluyen tanto las estructuras o instituciones sociales, como las motivaciones propias, tales como la curiosidad. Es decir, que tanto las relaciones familiares como ambiente escolar y el individuo, incluyendo los aspectos genéticos podrían estar presentes en las causas del consumo.

1.2.4 Consecuencias del consumo de drogas

Tal como sostiene un estudio de la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas contra la droga y el delito (2010) en lo que respecta a las consecuencias del consumo de drogas plantean que:

Los trastornos relacionados con el consumo de drogas se vinculan con un mayor riesgo de contraer otras enfermedades, como el VIH/ SIDA, la hepatitis, la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares, así como con un mayor riesgo de suicidio y muerte por sobredosis. (p. 1).

Así también se puede evidenciar que el “consumo de alcohol se relaciona con accidentes de tráfico, violencia doméstica, maltrato infantil, problemas laborales, urgencias e ingresos hospitalarios, y en general con mayor morbilidad y mortalidad” (Parada, Montserrat, Caamaño, Nayara, Greco, Rodriguez y Cadaveirae, 2011, p.54).

También es de importancia comprender que el consumo en grandes dosis “puede, incluso, matar tejidos, tanto los musculares como los cerebrales. Los efectos mentales y conductuales del consumo de alcohol incluyen una mayor desinhibición y una disminución en la capacidad de juicio” (Santrock, 2003, 382).

En todos estos aportes se aprecia la asociación y similitud de los daños de las drogas, así también hay que entender que las consecuencias del consumo no son aisladas, pues son un conjunto de relaciones de causas y efectos. Tal como establece Parada et al. (2011) el alcance de los efectos del consumo puede repercutir sobre la vida y la familia, por otra parte, Santrock (2003) añade aspectos estructurales como daños corticales.

Por lo tanto, se concluye que las consecuencias del consumo de drogas tienden a conllevar a situaciones no deseables; considerándose una amenaza para la salud, ya que repercute

en los aspectos físico, social y mental; por lo que puede ser considerado como un factor de riesgo en general para la salud mental de los adolescentes quienes no desarrollan su talento intelectual.

1.3. ADOLESCENTES

Entendiendo que “La adolescencia es el momento evolutivo de la búsqueda –y la consecución si va bien todo-de la identidad del individuo” (Pérez Olvera, 2006, p.22) de esto se podría asumir que el adolescente trata de establecer aspectos que lo caractericen como tal, es decir que le identifiquen y le hagan sentirse asociado con algún grupo, o con alguna particularidad como pueden ser hobbies, juegos, actividades sociales, incluyendo aspectos negativos como ideologías radicales, pandillerismo, vicios, etc.

La conducta humana en general, es entendida como el conjunto de acciones realizadas dentro de determinados contextos, tanto biológicos, como estructurales, culturales, o motivacionales (Saz, 2004) lo cual algunos autores resumen como biopsicosocial; esto abarca aspectos endógenos biológicos, ambientales y sociales, lo que encierra todo el referente histórico del adolescente a lo largo de su proceso de desarrollo.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2002) sostiene respecto a esta etapa del desarrollo que:

“Durante la adolescencia, los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro. El proceso es gradual, emocional y, a veces, perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, poco después, eufórico, optimista y enamorado.” (p.4)

Por lo tanto debe ser entendido como un proceso en donde hay variables que caracterizan el contexto adolescente para la salud mental de los mismos; así también se advierte la presencia de variables que no son necesariamente estimables para el adecuado comportamiento o la adecuada socialización, pues pueden ser causa o factores de incidencia en conductas no deseadas, como la violencia, el pandillerismo, así también como otras conductas problemáticas tales como la drogodependencia y el alcoholismo.

1.3.1 Desarrollo biológico

Dentro del estudio de desarrollo biológico Trianes y Gallardo (2011) difieren entre la pubertad y la adolescencia; mientras la pubertad equivale a cambios biológicos, la adolescencia tiene carácter psicosocial, es decir que “la pubertad finaliza mucho antes que la adolescencia” Trianes y Gallardo (2011) También de manera similar Casas y González (2005) corroboran que durante “la pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales” (pág.22).

Asumiendo también la definición de Kail & Cavanaugh (2006) “la pubertad indica dos tipos de cambios físicos que marcan la transición de la niñez a la adultez joven”. Uno de los tipos de cambios que mencionan son los aspectos físicos; se puede señalar tales signos durante la nueva etapa posterior a la niñez como son el crecimiento de estatura, incremento de músculos, etc. el siguiente tipo de cambio según los mismos autores, son los sexuales como el crecimiento de bello pluvial, axilar, facial; desarrollo de pechos (en el caso de mujeres) cambios de la voz tanto en hombre y mujer, desarrollo de los órganos reproductores.

Tabla 4. Maduración sexual según (Kail & Cavanaugh, 2006)

Características sexuales primarias	Características sexuales secundarias
<p>Órganos que intervienen en reproducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovarios • Útero • Vagina (femenino). • Escroto • Testículos • Pene (masculino) 	<p>Señales físicas que no se relacionan directamente con órganos reproductores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de senos • Ensanchamiento de pelvis • Vello corporal • Cambio de voz (femenino) • Aparición de vello facial • ensanchamiento de hombros • Vello corporal • Cambio de voz

Fuente: Kail & Cavanaugh, 2006, p. 303.

Elaborado por César Aizaga Castro, 2015

En el proceso de desarrollo del adolescente también se debe considerar la importancia del sistema endócrino para que dichos cambios sean posibles, pues “es uno de los agentes a cargo de la transmisión de las instrucciones provenientes de los genes, lo cual, en presencia de un ambiente adecuado, posibilita obtener el resultado esperado” (Morla, 1998, p. 75).

Por lo tanto, se hace necesario recalcar que la maduración sexual tiene incidencia hormonal; es conocido que las hormonas son químicos corporales producidas por glándulas endócrinas, en este caso las hormonas sexuales son conocidas como estrógenos y andrógenos y que tienen una función específica durante la etapa de desarrollo; dentro de la producción hormonal tiene un rol fundamental el hipotálamo y la hipófisis, así como las glándulas sexuales, es decir: ovarios y testículos. (Trianes & Gallardo, 2011, p.65).

Se aprecia similitud entre las posturas de Trianes y Gallardo (2011) con la de (Morla, 1998) pues ambos dan a entender las diferencias entre pubertad y adolescencia; aspecto del cual aparentemente Kail y Cavanaugh (2006) no exponen diferencia. Pero si hay un aspecto en común de los teóricos estudiados, ya que establecen la existencia de aspectos internos que influyen en el desarrollo y que se da en una parcela llamada medio ambiente.

En relación a lo mencionado, se resume que el desarrollo del adolescente tiene incidencia biológica, es decir aquellos aspectos internos al ser humano como la herencia, el sistema endócrino y el sistema nervioso central, que son los que influyen sobre la madurez sexual, lo cual implica cambios de las características sexuales primarias y secundarias, incluyendo evolución física que tiene su expresión en la estatura, en la musculatura, etc.

1.3.2 Desarrollo social

Para la comprensión del desarrollo social del adolescente se puede considerar la perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1987) la sintetiza como “el resultado de una interacción entre el individuo y su medio. Un cambio en el entorno físico y en el medio social influye en el desarrollo de la persona adolescente.” (p.78).

También Kail & Cavanaugh (2006) establecen que los adolescentes pasan por varias experiencias sociales entre las que recalcan la búsqueda de identidad, las experiencias amorosas asociadas a la sexualidad, aspectos relacionados con lo laboral y aspectos oscuros de la adolescencia. Sostienen así mismo dichos autores que “la adolescencia

representa la transición de la niñez a la adultez; es una época en la que luchamos por nuestra identidad” (p.335).

Continuando con la idea de manera similar Naciones Unidas para la Niñez (2013) expresa que el adolescente rodeado de vínculos sociales y culturales fuertes, llegará a consolidarse como una persona integrada, pues establecen que:

“Las conductas de las personas dependen de los vínculos que se establezcan con sus entornos de socialización, cuando esto no funcione correctamente estaremos en presencia de sujetos problemáticos, que en el caso de que consuman drogas pueden categorizarse como desviados, enfermos, carentes.”(p.697).

Para comprender más sobre el desarrollo social del adolescente, se puede enfatizar los aspectos más claves de la teoría ecológica, pues este enfoque conceptualiza cuatro ambientes o sistemas que son conocidos con el nombre de: microsistema, mesosistema, ecosistema, y macrosistema (Kail y Cavanaugh, 2006), de ahí que podría comprenderse que la conducta en general de los estudiantes se ve implícitamente ligada a todo un contexto social bien amplio, por lo que se expone a continuación una tabla para especificar la influencia de cada sistema.

Tabla 5 Sistema ecológico de Bronfenbrenner.

SISTEMA	INFLUENCIA RECIBIDA
Microsistema	Progenitores
Mesosistema	Escuela Amigos
Ecosistema	Red social de progenitores Gobierno y política social Lugar de empleo de los progenitores
Macrosistema	Acontecimientos históricos Grupo étnico Cultura

Fuente: Kail y Cavanaugh, 2006, p. 21.

Elaborado por César Aizaga Castro, 2015

El adolescente en su calidad de persona que adolece de cambios constantes, tanto hormonales, como físicos y psicosociales (Iglesias, 2013) confronta cada uno de los sistemas expuestos; como se señala en la tabla 5, la familia es el núcleo principal de influencia e interacción, prosigue con otras instituciones tales como la educación, la política y la cultura en manera general.

También se trata de recalcar la complejidad del sistema que caracteriza la vida del adolescente, en donde se encuentran presentes los factores que se asocian a la salud mental de ellos, así como la presencia de amenazas, entre esas el consumo de sustancias ilícitas. Pues tal como indican González, Monroy, & Kupferman (1994) existe implícitamente interacción constante con los otros, es decir, personas e instituciones.

Existe otro aspecto que se toma en cuenta también, pues dentro del proceso de socialización y como observó Naciones Unidas para la Niñez y la Adolescencia (2013) dependiendo de la clase de vínculos o relaciones que mantiene el o la adolescente, este se consolidará como persona integrada o desviada.

Por lo tanto, se requiere comprender lo que es la desviación social, la cual es entendida como el quebrantamiento de normas, leyes, reglas. (Gelles & Levine, 2000)

En similitud a lo mencionado anteriormente, dicha desviación según Macionis y Plummer (1999) puede expresarse a través de actos delictivos o también expresarse como abuso de alcohol, y así mismo exponen que tales conductas tienden a verse reforzadas o extinguidas por la socialización.

Sin embargo, la adolescencia no es sinónimo de rebeldía o desviación (Kail y Cavanaugh, 2006) pues, durante esta etapa se debe recalcar toda la gama de aspectos, situaciones o grupos tanto positivas o negativas en las que los adolescentes se pueden ver implicados; clubes de deporte, pandillas, arte, amistades, noviazgo, relaciones sexuales, tatuajes, subculturas, conductas riesgosas, etc. (Iglesias, 2013).

En similitud a esto, Macionis y Plummer (2000) expresan también que es la sociedad la que ofrece actividades ilícitas así también como refleja carencia de oportunidades.

Se podría concluir que los adolescentes afrontan una sociedad compuesta por aspectos de toda índole, que discurren entre lo que se considera positivo o negativo, bueno o

malo; es decir una serie de valores, normas, impuestas que tienen influencia en todo el radio de socialización o de interacción de los estudiantes.

En el mismo orden de cosas, se enfatiza que el desarrollo psicológico durante la adolescencia es un proceso complejo en donde paralelamente a lo biológico; se expresa, se acentúa, cambia en los contextos sociales en donde asume roles y define la identidad. Es dentro de tales contextos en donde el adolescente aprende a socializar con los pares, profesores, etc.

1.3.3 Desarrollo psicológico

Se debe comprender que el pensamiento del adolescente a diferencia del niño, es de carácter formal (Trianes y Gallardo, 2011) lo que indica que más allá de regirse por aspectos físicos que son observados, maneja símbolos, esto implica que “en esta etapa es posible la teorización pura, la abstracción completa de la esencia de los fenómenos y la creatividad en su máxima expresión” (Zepeda, 2003, p.282).

Así también se puede corroborar tal idea respecto al adolescente con lo que mencionan Trianes y Gallardo (2011) quienes indican que “el pensamiento formal va a moverse poco a poco, y cada vez más y más allá con gallarda maestría a través del mundo de los “y si” “podría ser que” “entonces”” (p.308), ya que el adolescente puede definir sus actitudes o que es lo quiere lograr mediante su creatividad y la forma de expresarse.

Otro aspecto que se debe reflexionar es que el aprendizaje que adquiere el adolescente dentro de la sociedad, ya que “mediante la experimentación de diferentes roles y funciones percibe que la sociedad, es decir: el mundo de los adultos, “impone estereotipos” o “modalidades de ser adolescente” con los que tratan de definir, caracterizar y modelar sus cambios” (Yuni & Urbano, 2005, p.86).

A partir de estas definiciones, se enfatiza que el pensamiento del adolescente se rige por aspectos de carácter más profundos, que, a diferencia de los niños, requieren del uso de simbolizaciones, por tal razón que los autores ya mencionados señalan que es la edad en donde se manejan problemas de física matemática o problemas trigonométricos. Pero así mismo se puede observar cómo el manejo de conceptos y símbolos se aplican en el manejo de roles, de seguimientos de patrones de conducta, incluyendo problemas que pueden ser

analizados de manera formal, y entre los cuales podría mencionarse el consumo problemático de sustancias.

Las definiciones psicológicas consideran que la madurez mental se alcanza al lograr la capacidad para el pensamiento abstracto; la madurez emocional se logra cuando se alcanzan metas como descubrir la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y establecer relaciones maduras de amistad y amor. En este sentido, algunas personas jamás abandonan la adolescencia, sea cual sea su edad cronológica. (Chavarría & Barra, 2014, p.42).

METODOLOGIA

2.1 Objetivos:

2.1.1. General

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de bachillerato de la zona 8, distrito 5 09D05.

2.1.2. Específicos

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias.
- Elaborar informes de resultados del establecimiento.

2.1.3. Preguntas de investigación

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

2.2. Diseño de investigación

En el proceso investigación se empleó enfoque de alcance descriptivo, el cual consiste en conocer los aspectos propios, es decir las características (Hernández, 2010) que caracterizan al objeto de estudio, que en este caso son las variables asociadas a la salud mental y el consumo de sustancias psicotrópicas.

2.3. Contexto

La Institución Educativa en la que se aplicó la investigación, es privada, localizada en contexto urbano se encuentra ubicada en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, en la región costa del Ecuador, está en la zona 8, distrito n° 5, circuito 09D05.

La institución se organiza de la siguiente manera: 1^{ro} Rectora, 2^{do} Vicerrector, 3^{ro} Secretario, 4^{to} Abogado, 5^{to} Inspector y Profesorado. Cuenta con un Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), Sistema de Apoyo Académico (sala para terapia de lenguaje, técnicas de estudio, apoyo escolar y déficit de atención) Inspectoría, biblioteca, sala para profesores,

área de valoración médica. Además, se caracteriza por poseer aulas para cada curso, áreas recreativas para los estudiantes.

Así también la institución atiende niños desde pre básica hasta tercero de bachillerato unificado. Por lo cual se pudo contar con el alumnado requerido, que comprende el primero y segundo de bachillerato, compuesto por estudiantes que oscilan entre edades de 14 a 17 años de edad, con quienes se realizó la investigación.

2.4. Muestra

Respecto a la muestra fue tomada de la población, se especifica que fue tomada mediante muestreo casual accidental no experimental, en donde fueron tomados los estudiantes de la institución particular de la zona 8, correspondiente al distrito número 5.

La población total de la institución es de 263 estudiantes.

Se tomó como muestra de investigación a 47 estudiantes distribuidos como se explica a continuación:

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1 ^{RO}	13	11	24
2 ^{DO}	13	10	23
TOTAL	26	21	47

Fuente: institución educativa
Elaboración: Cesar Aizaga Castro

Para proceder con la investigación de la población participante, se establecieron los siguientes parámetros:

1. Todos los participantes deben ser estudiantes legalmente matriculados en la misma institución.
2. Todos los estudiantes participantes deben comprender edades entre los 14 a los 17 años.
3. Deben pertenecer a la sección matutina.
4. Previo a la participación se extenderá dos oficios, uno de consentimiento y otro de aprobación al representante y al estudiante, con el fin de dar conocer el proceso y aprobar voluntariamente su participación en la investigación, que, en caso de consentimiento, dichos oficios deben ser firmados por ambos.
5. Pueden participar personas tanto del género femenino como del masculino.

6. Por lo tanto, no serán participes los estudiantes que no entreguen firmado el consentimiento por parte del representante y la aceptación del estudiante.

2.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

2.5.1. Métodos

Durante el proceso investigativo se utilizaron los siguientes métodos:

2.5.2. Descriptivo, que consiste en especificar características y propiedades del objeto de estudio (Hernández, 2010) que son las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias estupefacientes. Dicho método fue utilizado durante todo el proceso de investigación revisando los aspectos teóricos concernientes a las variables.

2.5.3. Método estadístico, consistió en organizar y analizar mediciones (Hernández, 2010), obtenidas a través de los cuestionarios aplicados de los factores asociados a la salud mental y el consumo de sustancias adictivas. Este método fue utilizado posteriormente a la recolección de información o datos a través del programa Excel.

2.5.4. El estudio fue transversal, lo cual implicó la recolección de los datos en un momento determinado, (Hernández, 2010), para posteriormente ser analizados; durante la aplicación de las técnicas se continuaba la aplicación del método descriptivo.

2.6 Técnicas

En el proceso investigativo, se aplicó técnica de encuesta, lo cual permitió recoger información respecto acerca de las variables asociadas a la salud mental y el consumo, la encuesta estuvo estructurada de la siguiente manera:

1. Cuestionario de variables psicosociales.
Consiste en 20 reactivos que toman en cuenta aspectos generales como género, nivel de estudio, estado civil; es decir aspectos que conciernen a lo sociodemográfico. Incluyendo variables de salud tales como horas de sueño, enfermedades, actividades físicas, horas de ocio, etc. (Universidad Técnica Particular de Loja, 2015).
2. Preguntas relacionadas con el estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14)

Esta escala comprende 14 reactivos que proponen evaluar la situación de estrés, la percepción que tenga el estudiante respecto a tal variable, en donde el mismo participante aprecia las situaciones estresantes de su vida (Salgado, Mo-Carrascal y Monterrosa, 2013).

3. Un cuestionario de apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short
El cuestionario evalúa a través de 20 ítems o variables, aspectos concernientes a la percepción de soledad, y de apoyo social que pueda encontrar el o la adolescente a través de los vínculos o relaciones sociales, donde incluye aspectos emocionales (Universidad Técnica Particular de Loja, 2015).
4. Escapa de personalidad tipo A. Type A Behavior
La escala mencionada, pretende evaluar aspectos como la competitividad, la presión que ejerce las circunstancias y exigencias sobre el adolescente, las motivaciones, así como tendencias a la hostilidad, deseos de sobresalir, mismas que tienen cierta repercusión sobre la salud. (Universidad Técnica Particular de Loja, 2015).
5. Un cuestionario de inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action (AQQ-7)
El cuestionario AQQ-7 de 7 reactivos, evalúa la flexibilidad psicológica del sujeto participante, frente a la inflexibilidad psicológica, lo cual implica evitación de experiencias difíciles (Pepper, 2012).
6. Un cuestionario de resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS)
La BRS de 6 reactivos, busca evaluar las capacidades cognitivas de adaptación a circunstancias adversas para la vida y el desarrollo de las y los adolescentes (Equipo interno de investigación UTPL, 2015; Quiceno y Vinaccia, 2011).
7. Un cuestionario de consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Evalúa a través de 10 preguntas o variables en el periodo de un año sobre las problemáticas respecto al consumo de alcohol, es decir cuando dicho consumo se presenta de manera excesiva, por lo cual puede servir de base para la intervención de consumidores en riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2011).
8. Un cuestionario de consumo problemático de otras drogas. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST)

El cuestionario ASSIST mediante un cuestionario de 11 reactivos, pretende evaluar el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas que ha experimentado el participante durante un periodo de 3 meses, el mismo que es de carácter neutral, es decir, se puede aplicar a cualquier contexto cultural (Organización Mundial de la Salud, 2011).

9. Un cuestionario de ansiedad y depresión. Patient Health Questionnaire of depression and anxiety (PHQ-9).

Es un cuestionario que evalúa la ansiedad y síntomas depresivos en base al DSM IV. Toma en cuenta aspectos como intereses, problemas respecto al sueño, exceso de apetito, calidad de sueño, percepción acerca de problemas para concentración en un periodo de 2 semanas que han sido parte de las experiencias de la persona evaluada. (Baader, 2012)

10. Un cuestionario de satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ).

Consiste en una escala que posee un solo reactivo, mismo que pretende evaluar la percepción del participante respecto la satisfacción o calidad acerca de la vida (Equipo Interno de Investigación, 2015)

2.7. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se sustentó en un enfoque cuanti- cualitativo, cuantitativo por que los resultados de la investigación realizada en una institución privada de Guayaquil del distrito #5 zona 8, circuito 09D05, fueron sometidos a análisis numéricos con la ayuda de la estadística y cualitativo porque estos resultados fueron puntualizados analíticamente para poder dar posibles soluciones a la problemática.

Para esta investigación se contó con el apoyo incondicional de las autoridades quienes permitieron estudiar y describir la problemática se utilizó la investigación de campo y la bibliográfica las cuales permitieron recolectar la información necesaria la misma que se apoyó de la investigación descriptiva que sustenta cuales son las causas para que los jóvenes consuma sustancias que perjudican a la salud mental, describiendo estos factores se manejó el análisis de datos mediante la técnica de la encuesta aplicada a los estudiantes de bachillerato para poder tabular los resultados y conocer las verdaderas consecuencias de esta dificultad.

Modalidades de la Investigación.

Investigación Bibliográfica Documental.

Porque el investigador acudió a fuentes de información primaria a través de documentos válidos y confiables, así como también a información secundaria obtenida en libros, revistas, publicaciones, internet, otras, tiene la intención de detectar, ampliar y profundizar diferentes direcciones, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores, para de esta forma sustentar bibliográficamente cada una de las variables.

Investigación de Campo.

Esta modalidad de investigación involucró al investigador a acudir al lugar donde se producen los hechos para recabar información sobre las variables de estudio con la aplicación de técnicas y métodos, estos serán aplicados en la zona 8 del distrito 5.

De Intervención Social o Proyectos Factibles.

Porque el investigador luego de realizar el trabajo investigativo describirá las causas por que influye el consumo de sustancias a la salud mental de los estudiantes.

2.7.1. NIVELES O TIPOS DE INVESTIGACIÓN.

Investigación Descriptiva

Según (Hernández, 2010), “es un estudio de investigación en el cual se manipulan deliberadamente una o más variables independientes (supuestas causas) para analizar las consecuencias de esa manipulación sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos), dentro de una situación de control para el investigador”. (p.109).

De tal manera que la investigación es de tipo descriptiva, la cual permitió analizar las variables psicosociales en la salud mental y el consumo de sustancias en los estudiantes al contexto, la recopilación de la información se lo realizó mediante técnicas y métodos estructurados científicamente como cuadros con reactivos y análisis de datos reales.

2.8. Recursos

Talento humano

En cuanto a este recurso a parte del investigador quien aplicó las técnicas correspondientes, se requirió del apoyo de los coordinadores de los cursos de estudiantes que participaron en el proceso, esto incluyó el personal encargado del Departamento de Consejería Estudiantil, permisos de las autoridades para ingresar a la institución y consentimiento informados dados a padres de familia o representantes.

Recursos materiales

Los recursos materiales utilizados fueron: 2 cajas de lápices de escribir, caja de borradores, papelería, 2 marcadores para pizarra, 60 juegos fotocopiados de las escalas que se aplicaron, 1 computadora laptop y transporte.

Recursos económicos

Los recursos económicos fueron propios del investigador; se utilizó transporte privado para movilización, el cual tuvo un coste correspondiente; así mismo fue necesario de otro coste para los recursos materiales tales como papelería, clics, grapadoras, lápices, etc.

Recursos institucionales

Se pudo contar con los siguiente:

1. 1 Centro educativo particular mixto
2. U.T.P.L.

ANALISIS

3.1. Datos psicosociales

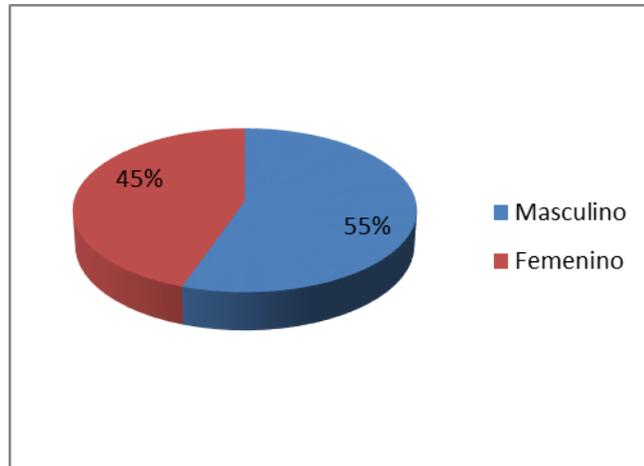


Figura 1 Sexo

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

Como puede apreciarse en la figura 1, el 45% corresponde al género femenino, mientras que en el caso del género masculino equivale al 55%, esto es el grupo total de la muestra, ya que la institución es mixta.

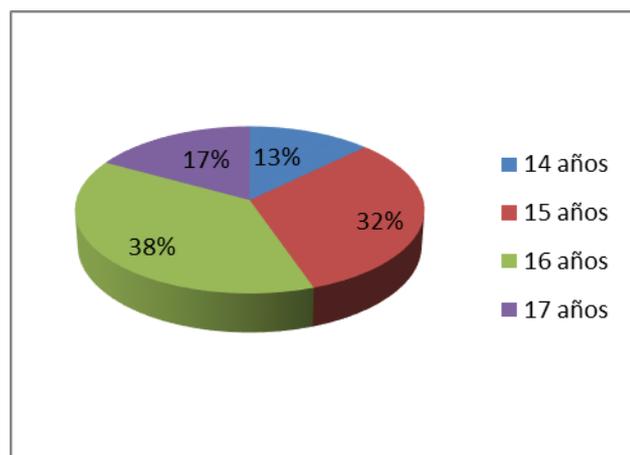


Figura 2 Edad

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro.

En la figura 2 se puede constatar la composición etaria de los sujetos estudiados, con un rango de 4 edades diferentes que fluctúan entre los 14 a los 17 años de edad; sin embargo, el porcentaje dominante es de 38% el cual equivale a la edad de 16 años, siguiendo del 32% de sujetos de 15 años, así como de una composición del 17% que corresponden a la edad de 17 años de edad y el restante 13% de 14 años.

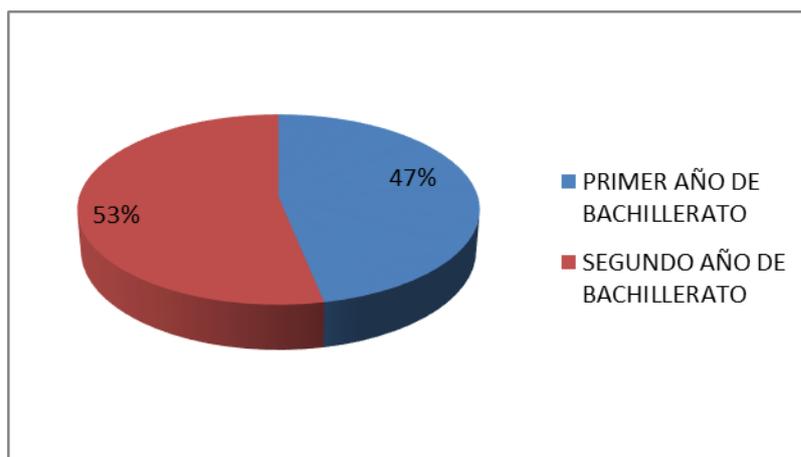


Figura 3 Año de Bachillerato

Fuente: levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a la composición general respecto a los años de bachillerato se observa que el 53% de estudiantes está compuesto por sujetos del segundo de bachillerato mientras que el 47% de sujetos corresponde a estudiantes de primero.

3.2. Datos generales

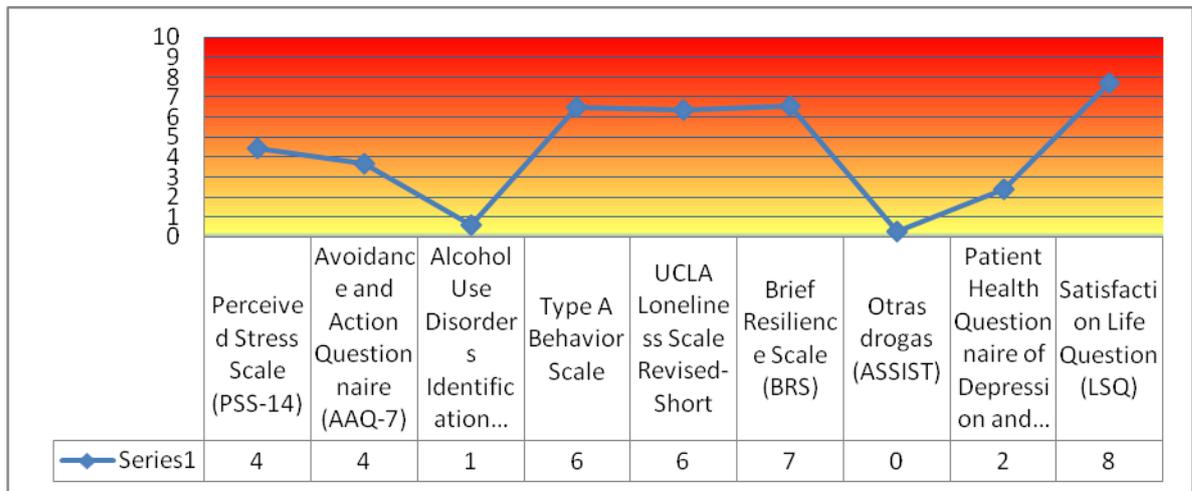


Figura 4 Figura de la batería con resultados estandarizados

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

Tabla 1. Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	12	16	13	3	3
2	13	15	11	3	5
3	5	12	15	6	9
4	1	9	12	18	7
5	4	3	23	11	6
6	1	2	12	19	13
7	2	0	16	18	11
8	6	15	17	7	2
9	3	2	16	22	4
10	4	1	19	16	7
11	4	8	18	8	9
12	1	5	13	13	15
13	2	5	19	14	7
14	13	11	13	8	2

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En la variable correspondiente al estrés (PSS14), se puede verificar que la población investigada presenta una calificación de 4, es decir, que está por debajo de la media, por lo cual se la define como variable protectora ya que no afecta a todos los estudiantes el estrés ya que ellos encuentran interés en varios temas de su edad y no hay riesgo a deprimirse o a consumir sustancias psicotrópicas. Además, esta misma variable, indica que de la población investigada se presenta mayor frecuencia con 22 individuos, quienes “a menudo” controlan las dificultades de sus vidas (reactivo 9), corroborando los resultados de la figura 4, respecto a la carencia de un problema en cuanto al estrés.

Tabla 2 frecuencia: Avoidanced and Action Questionnaire (AAQ7)

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	16	1	8	1	2	3
2	19	9	3	8	3	3	2
3	11	16	6	3	6	1	4
4	25	11	2	6	1	1	1
5	16	17	6	1	4	0	3
6	18	12	1	10	0	3	3
7	17	14	4	3	3	0	6

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En la tabla 2 se observan los siguientes resultados: en el reactivo 2 hubo 19 individuos quienes indicaron que “Nunca” tienen miedo de sus sentimientos; en el reactivo 4, se observan 25 individuos quienes indicaron que sus recuerdos dolorosos “nunca” le han impedido llevar una vida plena, siendo ésta última la categoría más alta de la tabla. Corroborando a la puntuación (4) indicada en la Figura 4, siendo considerada una variable protectora, por estar debajo de la media.

Test AUDIT

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT) se presenta una puntuación de 1, ubicada por debajo de la media, por lo tanto, se la considera como variable protectora, pues

indica que la población investigada no consume alcohol con mayor frecuencia.

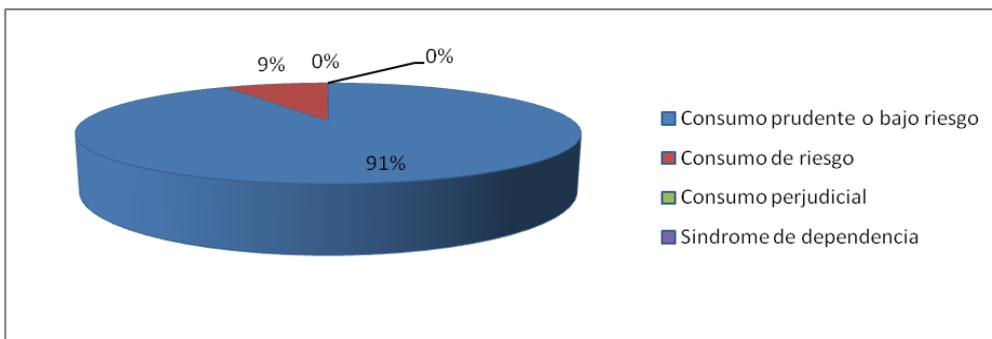


Figura 5 Figura de los test AUDIT.

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Figura 5, se puede afirmar que el mayor porcentaje corresponde a consumo prudente o bajo riesgo de consumo de alcohol. Mientras que la minoría de la población estudiada está expuesta a un consumo de riesgo.

Tabla 3. Frecuencia: Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	17	15	14	1
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	7	24	13	3
3	14	20	10	3
4	5	24	9	9
5	15	16	12	4
6	11	19	12	5
Reactivo	Si		No	
7	30		17	
8	34		13	
9	37		10	
10	32		15	

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

Los resultados de la variable de personalidad que pueden ser observados en la Figura 4, se aprecia una puntuación de 6, superando la media establecida, por lo cual es considerada como una variable de riesgo.

Asociando la figura 4 con las frecuencias presentadas en la tabla 3, la cual se refiere al tipo de personalidad; para el reactivo 1 “tienen un fuerte deseo de sobresalir” o “ser los mejores en la mayor parte de las cosas” se ubican 17 individuos. Con una frecuencia de 24 individuos se presenta el reactivo 2 “de vez en cuando” se sienten presionados por el tiempo, al igual que el reactivo 4 “de vez en cuando” se consideran autoritarios y dominantes.

Finalmente, el reactivo 9, respecto a sentirse inseguros, incómodos o insatisfechos con su rendimiento académico respondieron 37 individuos con respuesta afirmativa, siendo la categoría más significativa en esta tabla.

Tabla 4. Frecuencia UCLA Loneliness Scale Revised-short

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro

En la tabla 4 se puede observar una frecuencia de 22 individuos que corresponden al reactivo 1, quienes sienten que son entendidos “a veces” por las personas que los rodean. Por otro lado en el reactivo 5 se observan 27 casos quienes señalan “siempre” hacen parte de un grupo de amigos, siendo la más representativa.

Al continuar analizando los resultados de la tabla se pudo observar que 24 individuos presentan en el reactivo 9 quienes se consideran “siempre” como persona sociable y amistosa, la misma frecuencia se presenta en el reactivo 19, quienes sienten que “siempre” hay personas con quienes se puede hablar.

En el reactivo 15, se observan 23 individuos que indicaron que “a veces” se sienten en capacidad de poder encontrar compañía cuando lo desean; en cuanto al reactivo 16, se puede encontrar 25 individuos indicaron que “a veces” sienten que hay personas que realmente los comprenden, siendo la segunda categoría más representativa de la tabla. En el reactivo 19 se aprecian 24 sujetos que señalan que “siempre” sienten que hay personas con quien puedan hablar. Finalmente, el reactivo 20, se puede ver 22 individuos que indicaron que “siempre” sienten que hay personas con las que pueden contar.

Como se puede evidenciar en la tabla 4, los resultados por reactivo de acuerdo a su frecuencia son satisfactorios, sin embargo asociándola con los resultados consolidados en la Figura 4 de los resultados generales, presentan una puntuación de 6, estando por encima de la media determinándose como una variable de riesgo.

Tabla 5 frecuencia: Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	3	1	23	14	6
2	7	8	22	8	2
3	4	5	21	9	8
4	8	5	24	8	2
5	6	4	17	15	5
6	10	12	19	3	3

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro

En la tabla 5, al relacionarla con la Figura 4 de datos generales, se puede apreciar que la puntuación obtenida de la variable de resiliencia (BRS) es de 7, por encima de la media, indicando que la población puede responder de manera resiliente a los problemas que afrontan, considerándola una variable protectora.

En cuanto a las frecuencias que son específicas, observadas en la tabla 5, la mayor cantidad con un total de 24 individuos que corresponden al reactivo 4 “es difícil recuperarse cuando algo malo sucede” para lo cual eligieron la categoría neutral. Atribuyéndose a la puntuación obtenida en la figura 4.

Tabla 6 porcentajes: Alcohol, smoking and substance (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	93,6	6,4	0,0	0,0	0,0
2	83,0	14,9	2,1	0,0	0,0
3	59,6	34,0	2,1	4,3	0,0
4	93,6	6,4	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	97,9	2,1	0,0	0,0	0,0
8	97,9	2,1	0,0	0,0	0,0
9	97,9	2,1	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	97,9	0,0	2,1	0,0	0,0

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a la tabla 6, se observa que el porcentaje de consumo no implica factor de riesgo, sin embargo, se recalca que durante un lapso de 3 meses (reactivo 2) el 14,9% de estudiantes menciona haber consumido tabaco; así también, se aprecia un bajo índice de consumo de drogas durante el lapso de 3 meses con un porcentaje de 6,4% estudiantes. En el mismo orden de cosas, se enfatiza también respecto al reactivo 3, con un porcentaje de 34,0% de estudiantes quienes han bebido alcohol una a dos veces durante el lapso de 3 meses. Relacionando estos datos con la Figura 4 de datos generales de la escala ASSIST, se observa una puntuación muy por debajo de la media, corroborando que no es un factor que pueda generar problema.

Tabla 7. Frecuencia de Ansiedad y Depresión (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	17	23	3	4
2	15	23	5	4
3	19	15	7	6
4	21	18	4	4
5	20	16	5	6
6	28	11	3	5
7	33	10	3	1
8	33	8	5	1
9	35	8	2	2

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a los resultados de la tabla 7, que corresponde a la variable de ansiedad y depresión; puede observarse con una frecuencia de 33 individuos en el reactivo 7 quienes consideran que “nunca” han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión. La misma frecuencia se presenta en el reactivo 8, quienes consideran que “nunca” se mueven tan despacio que otras personas no se dan cuenta, así como tampoco son tan quietos ni tan intranquilos al punto de dar vueltas de un lugar a otro. Finalmente 35 individuos en el reactivo 9 indicaron que “nunca” han pensado que mejor estarían muertos o hacerse daño de alguna forma.

En relación a estos datos, se pueden comparar con los resultados consolidados de la Figura 4, en donde se puede observar una puntuación de 2, estando por debajo de la media, lo cual no implica riesgo, siendo considerada una variable protectora.

Tabla 8. Frecuencia de Satisfacción Vital (LSQ)

Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10
0	1	1	1	0	7	1	7	9	7	13

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a las frecuencias de satisfacción vital, hay 13 individuos, como se puede observar en la tabla 8, quienes indicaron tener satisfacción de vida en la puntuación de 10. Así mismo con una frecuencia de 1 individuo, quien han respondido tener una satisfacción de vida con una puntuación por debajo de lo neutral en los reactivos 1, 2 y 3. Comparando la tabla 8 con la figura 4, puede observarse que el factor de satisfacción vital es elevado, por lo tanto implica un factor de protección.

3.3. Análisis de los resultados respecto al género femenino

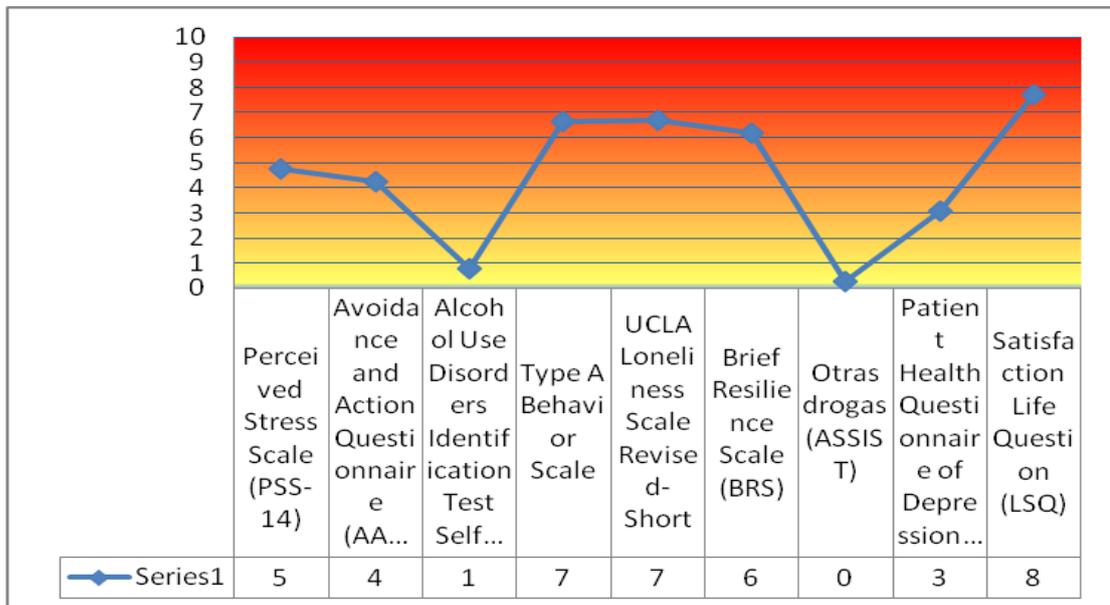


Figura 6 Figura de los test con resultados estandarizados del género femenino.
 Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
 Elaborado por: César Aizaga Castro

Tabla 9 frecuencias: Perceived stress Scale (PSS-14)

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a la frecuencia del estrés, como se puede evidenciar en la tabla 9, los resultados obtenidos presentan una repetición de 11 individuos en el reactivo 6 quienes indicaron que “a menudo” poseen seguridad para manejar problemas personales; en el reactivo 12, indicaron 10 individuos que “muy a menudo” ha pensado sobre las cosas que les quedan por hacer, siendo ésta la categoría más significativa. Puede corroborarse a la puntuación de 5 presentada en la Figura 6, que está sobre la media.

Tabla 10 Frecuencias: Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

El resultado de la inflexibilidad psicológica se puede observar en la tabla 10 con una frecuencia de 7 individuos como se expone en el reactivo 1, quienes consideran que “nunca” han sentido que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que sea más difícil vivir la vida que querían. También 10 individuos se observan en el reactivo 7, quienes consideran que “nunca” han permitido que sus preocupaciones interfieran en el camino de lo que quieran conseguir.

En el reactivo 4, hay 9 individuos “nunca” han sentido que sus recuerdos dolorosos les ha permitido llevar una vida plena. Finalmente, en el reactivo 6, hay 8 individuos, los cuales consideran que “nunca” han sentido que la mayoría de la gente lleva una vida mejor que ellas.

De acuerdo a la comparación de la tabla 10 con la Figura 6 respecto a la variable de inflexibilidad psicológica, se observa una puntuación de 4 en la escala de 0 a 10, siendo considerada como variable protectora.

Test AUDIT

De acuerdo a los resultados que pueden observarse en la Figura 7, se puede afirmar que el mayor porcentaje corresponde a consumo de alcohol prudente o de bajo riesgo. Por lo tanto, la minoría de la población femenina estudiada se encuentra en la categoría consumo de riesgo.

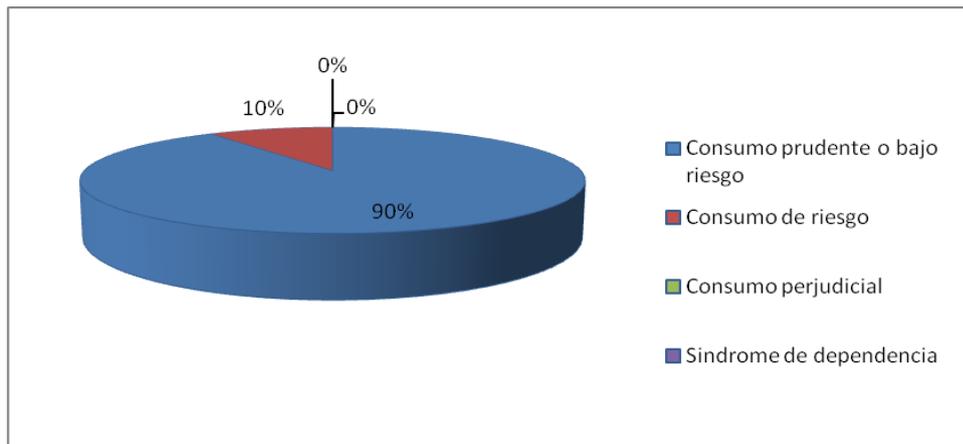


Figura 7 Figura de los test AUDIT.

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

Haciendo una comparación de lo anterior con la figura 6, en donde se presenta una puntuación de 1 por debajo de la media, pasa ser considera como variable protectora, pues indica que la población investigada no consume alcohol en niveles riesgosos.

Tabla 11 frecuencias: Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	6	7	7	1
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	3	15	2	1
3	3	11	5	2
4	3	9	5	4
5	3	9	8	1
6	7	10	3	1
Reactivo	Si		No	
7	15		6	
8	16		5	
9	18		3	
10	15		6	

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

Con respecto a la variable de personalidad, se puede apreciar en la Figura 6 que su puntuación es de 7, por encima de la media, por lo tanto, se la considera como variable de riesgo, en comparación con la tabla 11, se puede apreciar las frecuencias más representativas; respecto al “deseo de sobresalir” y “ser la mejor en” (reactivo 1) con una frecuencia de 7 personas en las categorías “bastante bien” y 7 personas “en parte”. En cuanto a sentirse “presionadas por el tiempo” (reactivo 2), 15 mujeres respondieron en la categoría “de vez en cuando”. En el reactivo 8 se aprecian 16 mujeres quienes aseveran que alguna vez el estudio las han llevado al límite del agotamiento. Finalmente, en el reactivo 9, se aprecian 18 mujeres quienes han respondido positivamente a la categoría de sentirse “inseguro, incómodo, o insatisfecho”.

Tabla 12 Frecuencia: loneliness scale revised-short UCLA

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro

En la tabla 12 de Sensación de Soledad, se observa una frecuencia de 12 individuos en el reactivo 17, quienes consideran que “a veces” se han sentido tímidos, al igual que el reactivo 20, se observan 12 estudiantes que consideran que “siempre” sienten que hay personas con las que se puede contar.

Asociando lo anterior con los resultados generales que son presentados en la Figura 6, se puede observar una puntuación de 7 de la variable de apoyo social, lo cual implica que debe ser considerada como una variable de riesgo.

Tabla 13 Frecuencias: Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	0	10	7	2
2	2	2	12	3	2
3	2	3	11	3	2
4	3	2	10	4	2
5	4	2	8	6	1
6	4	4	10	0	3

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro

Los resultados obtenidos en la tabla 13, al concentrar la mayor frecuencia de 12 individuos que se sitúan en el reactivo 2, indicando que “pasan mal superando situaciones estresantes” pero en frecuencias muy bajas

Al comparar estos resultados de la variable de resiliencia (BRS) con la Figura 6 de datos generales del género femenino, se observa una puntuación de 6 en la escala de 0 a 10, lo cual se atribuye que afrontan los problemas de forma positiva, siendo considerada como variable protectora.

Tabla 14 porcentajes: Alcohol, smoking, substance (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	95,2	4,8	0,0	0,0	0,0
2	76,2	23,8	0,0	0,0	0,0
3	61,9	33,3	0,0	4,8	0,0
4	90,5	9,5	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	95,2	4,8	0,0	0,0	0,0
9	95,2	4,8	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	95,2	0,0	4,8	0,0	0,0

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a la variable de consumo problemático (ASSIT) que puede apreciarse en la tabla 14, señalando que el porcentaje de estudiantes mujeres que ha consumido tabaco en un lapso de 3 meses es del 33,3%, lo cual se corrobora en la variable 3. No se aprecia mayor situación de riesgo.

Asociando la tabla 14 con la Figura 6 de datos generales correspondiente al género femenino, se puede observar una puntuación de 0, por lo tanto, es considerada como factor de protección.

Tabla 15 Frecuencias: Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	5	12	2	2
2	2	14	2	3
3	7	7	2	5
4	6	10	3	2
5	7	9	2	3
6	10	6	2	3
7	12	7	1	1
8	14	4	2	1
9	11	7	2	1

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

Al apreciar la tabla 15 sobre ansiedad y depresión, se puede observar en el reactivo 1 una frecuencia de 12 mujeres afirman que por “varios días” sienten poco agrado por hacer las cosas. Por otro lado, con una frecuencia de 14 individuos en el reactivo 2, consideran que “varios días” se han sentido tristes, deprimidas o desesperadas. Finalmente 10 individuos en el reactivo 4 indicaron que por “varios días” se han sentido cansados o con poca energía.

En relación a estos resultados de la tabla 15 y en comparación con los consolidados en la figura 6 de datos generales, se puede apreciar que la variable de ansiedad puntúa en 3, lo cual indica que no es un factor de riesgo.

Tabla 16 frecuencias: Satisfaction Life Question (LSQ)

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En lo que corresponde a la variable de satisfacción vital de la tabla 16, se aprecia una frecuencia de 5 individuos de la población femenina, quienes respondieron tener satisfacción en una puntuación de 10. Mientras que 1 individuo ha respondido tener una satisfacción de vida con una puntuación por debajo de lo neutral como puede observarse en el reactivo 3, corroborando dichos resultados de satisfacción en comparación con la Figura 6 de datos generales se puede observar que es una variable de protección.

3.4 Análisis de los resultados respecto al género masculino

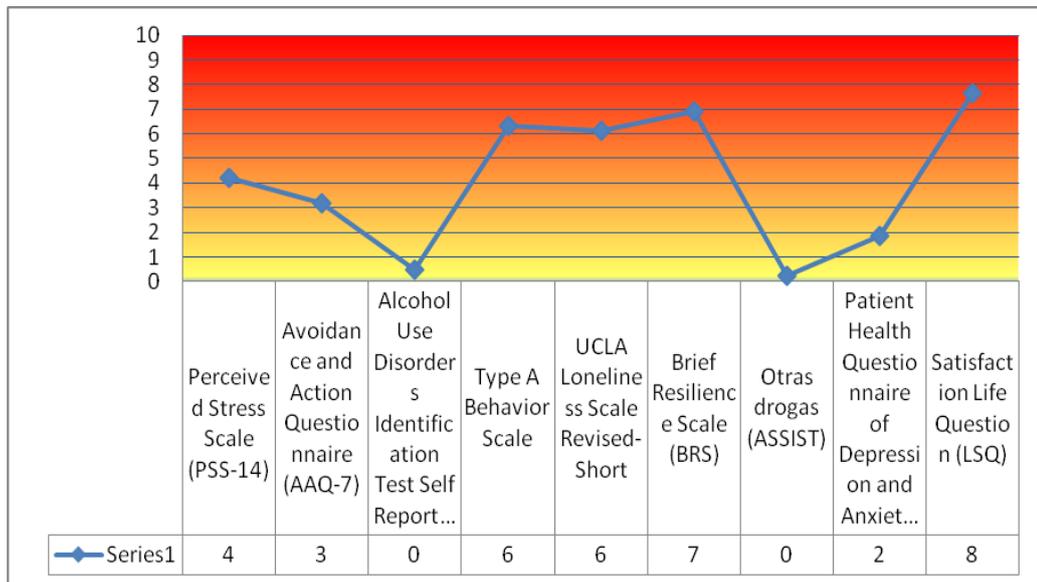


Figura 8 Figura de los test con resultados estandarizados del género masculino.

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En la tabla 17 que corresponde a la variable de estrés, se aprecia la mayor frecuencia en la población investigada con 14 individuos (reactivo 9), los mismos que en el último mes han podido “a menudo” controlar las dificultades de su vida.

Tabla 17 Frecuencias: Perceived Stress Scale (PSS-14)

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a los resultados obtenidos en la Figura 8 de datos generales respecto al género masculino, también se puede apreciar acerca de la variable de estrés (PSS-14) se observa que la puntuación obtenida es de 4 puntos lo cual está por debajo de la media e indica que es una variable protectora. Lo cual se asocia con la tabla 17 pues como se indicó, las frecuencias de niveles de estrés no son tan altas.

Tabla 18 frecuencia: Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	9	12	1	1	1	1	1
2	15	5	0	4	1	0	1
3	7	11	3	1	2	0	2
4	16	7	1	1	1	0	0
5	11	8	4	1	2	0	0
6	10	8	0	6	0	0	2
7	10	6	3	2	3	0	2

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En la tabla 18 se observa que el reactivo con mayor frecuencia es el número 4 con 16 individuos, los cuales indican que “nunca es verdad” que sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena. Corroborando al resultado presentado en la Figura 8, en la que la variable de inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se ubica con una puntuación de 3, por debajo de la media, por lo tanto, es considerada como una variable protectora.

Test AUDIT

Para la variable de consumo de alcohol (AUDIT) en la Figura 8, se observa una puntuación de 0, por lo tanto, no es considerada variable de riesgo, tal como expone la figura 9 existe bajo porcentaje de población que se encuentra bajo consumo de riesgo frente al alto índice que está considerada bajo términos de consumo prudente.

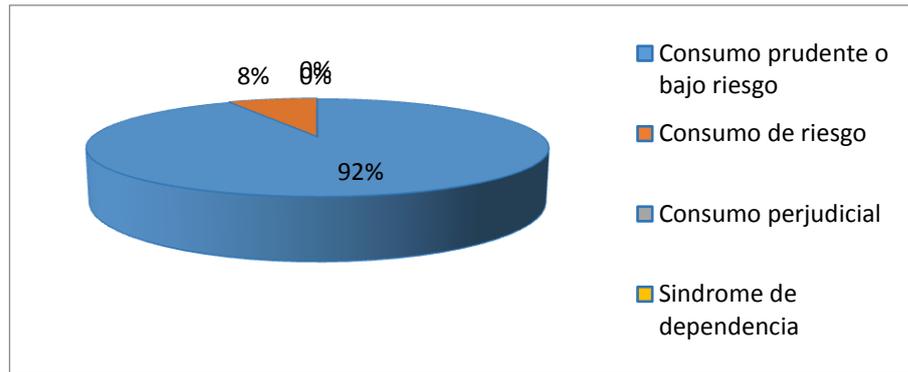


Figura 9 Figura del test AUDIT.

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a los resultados de la variable de personalidad (Type A) en la figura 8 se observa una puntuación de 6, lo cual está sobrepasando la media; por lo que se considera como una variable de riesgo.

Tabla 19 frecuencias: Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	11	8	7	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	9	11	2
3	11	9	5	1
4	2	15	4	5
5	12	7	4	3
6	4	9	9	4
Reactivo	Si		No	
7	15		11	
8	18		8	
9	19		7	
10	17		9	

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

En cuanto a los resultados en frecuencias correspondientes a la escala de personalidad tipo A, se observa en la tabla 19 los siguientes datos con mayores frecuencias: 11 individuos tienen un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas, 15 individuos “de vez en cuando” consideran que son autoritarios y dominantes (reactivo 4), 18 indicaron que “alguna vez” su trabajo/estudio les ha llevado al límite del agotamiento (reactivo 8), y 19 individuos consideran que “alguna vez” se han sentido inseguros, incómodos, o insatisfechos con su rendimiento académico (reactivo 9).

En lo que respecta a la escala de UCLA que evalúa la sensación de soledad, se reflejan los resultados obtenidos en la Figura 8, en donde se observa una puntuación de 6 por encima de la media, razón por la cual se la considera como una variable de riesgo.

Tabla 20: frecuencia UCLA Loneliness Scale Revised-Short

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro.

En la tabla 20 podemos observar que la mayor frecuencia corresponde al reactivo 16, con 16 individuos de la población masculina que sienten que “a veces” hay personas que realmente los comprenden, 15 individuos sostienen que “nunca” sienten que ya no tienen a nadie cerca de ellos (en el reactivo 7), y 1 individuo que a veces se siente excluido (reactivo 11).

Tabla 21 frecuencia: Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	1	1	13	7	4
2	5	6	10	5	0
3	2	2	10	6	6
4	5	3	14	4	0
5	2	2	9	9	4
6	6	8	9	3	0

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro

De acuerdo a la tabla 21 en donde se expone sobre la escala BRS, se tiene la frecuencia más alta con 14 individuos (reactivo 4), que respondieron en la categoría “neutral” frente a la dificultad de recuperarse cuando algo malo sucede.

Similarmente en relación a los resultados presentados en la figura 8 de la variable de resiliencia (BRS), se puede apreciar que la puntuación general es de 7, por encima de la media, esto indica que es una variable protectora.

Tabla 22 porcentaje: alcohol, smoking and substance (ASISST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	92,3	7,7	0,0	0,0	0,0
2	88,5	7,7	3,8	0,0	0,0
3	57,7	34,6	3,8	3,8	0,0
4	96,2	3,8	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	96,2	3,8	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: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.

Elaborado por: César Aizaga Castro

La variable acerca del consumo de otras drogas (ASSIT) revela en la Figura 8 una puntuación de 0 y expresa sus porcentajes en la tabla 22; por lo cual se puede evidenciar que el porcentaje de estudiantes que consumen es bajo, por lo tanto, se considera un factor de protección. Pero se recalca el reactivo 3, en donde el 34,6% aseveran que en el lapso de 3 meses ha consumido alcohol a “1 o 2 veces” mientras que el 3,8 indican que consumen alcohol “cada semana”.

Tabla 23 Frecuencias: Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	12	11	1	2
2	13	9	3	1
3	12	8	5	1
4	15	8	1	2
5	13	7	3	3
6	18	5	1	2
7	21	3	2	0
8	19	4	3	0
9	24	1	0	1

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro

En el resultado obtenido en la Figura 8 en cuanto a la variable de Depresión y Ansiedad es de 2, bajo la media lo que nos indica que esta variable es de bajo riesgo y se podría considerar como factor de protección.

Tabla 24 Frecuencia: Satisfaction life questions

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

Fuente: Levantamiento de información durante el mes de agosto del 2015 en la institución.
Elaborado por: César Aizaga Castro

En los resultados obtenidos en la tabla 24 observamos la mayor frecuencia el reactivo 10, es decir 8 individuos de la población masculina se sienten completamente satisfechos con su nivel de vida. Corroborando los resultados presentados en la Figura 8, siendo considerada una variable protectora.

3.2. Discusión de los resultados

Sobre la variable de estrés

Según Pedrero y Olivar (2010) se puede considerar el estrés como una variable asociada al consumo de drogas. Ellos recalcan la vinculación entre los aspectos estresores tales como puede ser experiencias complejas tanto en la infancia como en la adultez, las cuales inciden sobre la adicción. Es decir que a mayor estresores, mayor posibilidad de consumo.

En cuanto a los resultados de la investigación que corresponden al estrés, se observa que este no es un factor que pueda afectar a los estudiantes, pues está por debajo de la media. Por lo tanto, se podría considerar que al no existir alto índice de estresores que puedan generar altos índices de consumo, menos posibilidad de riesgo de consumo.

Sobre la variable de Inflexibilidad psicológica

En lo que corresponde a los resultados de la inflexibilidad psicológica se puede observar que tanto nivel masculino como femenino no llega a ser considerada como factor de riesgo; es decir que no hay altas frecuencias respecto a temores hacia los propios sentimientos, o impedimentos para conllevar una vida plena, tales aspectos se verifican en los reactivos 2 (que cuestiona acerca del miedo de los propios sentimientos) y 4 (cuestión acerca de la frecuencia con que los recuerdos dolorosos del individuo impiden llevar vida plena).

En relación a la literatura se puede comprender que la inflexibilidad psicológica implica evitar experiencias propias, tales como ira, temor, recuerdos dolorosos etc. (López, 2014) dicho factor también ha sido estudiado en asociación con la drogodependencia, de allí la importancia de lo que postula López (2014) respecto al desarrollo de la flexibilidad psicológica por parte de un adicto “la elección conductual de un sujeto no dependerá del malestar ni de las “ganas” de consumir...sino de lo que sea importante para él” (p. 100).

Dicha idea respecto a la asociación de la inflexibilidad psicológica y la adicción también es reforzada por Luciano, Páez-Blamirra y Valdivia (2010) y la corroboran de manera más compleja al explicar que las adicciones son resultado de factores o de conjunto de interacciones de una persona a lo largo de la vida, entre tales factores se encuentra la inflexibilidad psicológica; pese a que tampoco implica que la inflexibilidad psicológica o evitación experiencial sea un aspecto necesariamente asociada al consumo pues establece que “hay personas que se dejan llevar por el malestar o las “ganas” y se comportan

literalmente para eliminarlos... otras personas pueden vivir con el malestar y/o con las ganas de consumir" (Luciano et al. 2010, p. 142).

La población que ha sido estudiada presenta frecuencias que no indican una problemática por lo tanto los jóvenes pueden gozar de una vida sana, siendo responsables de sus actitudes, pero conociendo el riesgo que presenta en consumo de sustancias psicotrópicas.

Sobre la variable de consumo problemático de Alcohol.

Respecto al consumo de alcohol se obtuvo en los datos una preponderancia de 91% de estudiantes quienes mantienen un consumo que se encuentra en el límite permitido, el restante 9% de estudiantes se encuentran bajo consumo de riesgo, dichos resultados implican que la mayoría de los estudiantes de bachillerato de la institución no se encuentran en situación de riesgo.

Por lo tanto debe considerarse que el consumo prudente de alcohol, indica que existe cultura de consumo, llamado también cultura de la noche (Rodrigo y Palacios, 2013), así pues, también se presenta la misma facilidad que el mercado brinda para poder tener acceso al mismo (Becoña y Cortés, 2010). De allí que se puede apreciar que el consumo moderado es cotidiano, pero que cuando este llega a convertirse en adicción, es un problema. Dicho problema o riesgo puede generarse también por varios factores, entre los que destacan: factores individuales, familiares, o socioculturales (Universidad de Cuenca, 2014) considerando la falta de información, la disfunción familiar o la presión social como influyentes de consumo problemático de alcohol.

También puede observarse a pesar de la leve diferencia estadística en la investigación, que el género femenino tiende a mayor consumo riesgoso; ya que el 10% de población se encuentra bajo dicha tendencia, mientras que en la población masculina hay tendencia de 8% de consumo de riesgo, exponiendo claramente que la tendencia de consumo riesgoso es más alta en género femenino.

En el mismo orden de cosas, revisando los resultados de otras investigaciones, se puede advertir que décadas atrás el consumo de alcohol por parte de varones era mucho más alto con respecto a índice de mujeres que consumían (Caraveo, Collmenares y Saldívar, 1999) por otra parte, hay que considerar que recientemente se han realizado otros estudios que indican que la tendencia a intoxicación por alcohol por parte de la mujer tiende a incrementarse a niveles similares al hombre (Briñez, 2001). Así mismo recientemente se ha

señalado que el abuso de alcohol empieza a tener más tendencias entre el género femenino (Góngora & Leyva, 2005).

Sobre la variable de Personalidad

En cuanto a la escala de Personalidad tipo A, el 78,7% (37 en frecuencia) de inseguridad, la incomodidad e insatisfacción de los estudiantes en cuanto al rendimiento académico. Hay que enfatizar que la personalidad tipo A se asocia con enfermedades cardíacas, mismas que pueden ser producto de la presión del entorno (Equipo Interno de investigación UTPL, 2015).

Al superar la media los resultados de la investigación, implica que existe asociación con el riesgo; la personalidad tipo A implica deseos de sobresalir, irritabilidad y hostilidad (Muñoz, sf), así como otros autores añaden características como tendencias a la competitividad y a comportarse impulsivamente (Arias, sf).

Por lo tanto, las presiones del entorno o del aula en conjunto con las exigencias académicas son condiciones que pueden generar afecciones sobre los estudiantes al no poder consolidar el deseo de sobresalir, conllevando a comportamientos agresivos o irritabilidad.

Sobre la variable de sensación de soledad

Por otro lado, en lo concerniente a la sensación de soledad, los resultados obtenidos indican que 46,8 % de los participantes (22 estudiantes) siendo la minoría de la población, expresaron que “a veces” se sienten entendidos por la gente que los rodea; así como un porcentaje de 53,1% equivalente a 25 participantes, quienes también señalaron que “a veces” sienten que hay personas que realmente los comprende. A pesar de que son solo dos aspectos concernientes a una variable, el resultado total supera la media, correspondiendo a un factor de protección. Sin embargo hay que considerar la preponderancia de 57,4 % de estudiantes (en el reactivo 5) quienes aseveran que siempre sienten formar parte de un grupo. Es decir el restante de población no siempre se percibe integrado en un grupo social determinado, así como una minoría señala que nunca forma parte y otro grupo, rara vez; lo cual no es una situación positiva, sino que por el contrario indica un factor que debería considerarse.

Se entiende que la soledad corresponde a no lograr mantener interacción o socialización significativa con otros (Norma et al, 2012) así también revelan ciertos estudios que el hecho de no pertenecer a un grupo incrementa tendencias al suicidio (Gelles y Levine, 2000) por lo tanto, se puede pensar el factor percepción de soledad como un factor de riesgo en caso de no ser detectado. Al observar una tendencia significativa de la población a sentirse solos,

como pudo verificarse en los resultados obtenidos de la investigación, indican que pese a que supera la media estadística, existe un riesgo latente, que es la percepción de soledad.

Sobre la variable de resiliencia

En lo que corresponde a resiliencia, existe 51% de participantes que consideran de manera “neutral” recuperarse cuando algo malo sucede, de ese porcentaje el 29,7% corresponde a hombres y el 21,2 % a mujeres, por lo cual se entiende que los varones tienden a ser más neutrales que las mujeres frente a situaciones que requieren de recuperación o superación de condiciones estresantes o difíciles. Estas respuestas neutrales implican que los individuos no llegan a establecer un punto totalmente de acuerdo o en desacuerdo en conocer acerca de su capacidad de resiliencia.

Si los adolescentes no pueden confrontar problemas o situaciones complejas, puede verse afectada su conducta y la de la familia (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007). En relación a lo mencionado se establece que la necesidad de potenciar capacidades para la resiliencia, es proviene tanto por parte del estudiante como de los padres (García y Rivera, 2015.) Por lo tanto, tales capacidades son de suma importancia para lograr la salud mental.

Por lo tanto no puede aseverarse si la población estudiada se encuentra en capacidad total de responder ante situaciones complejas o problemáticas, sin embargo tampoco significa que sea una población vulnerable, pues tampoco se observan altos índices de incapacidad para mitigar problemas, sino que se acentúa la capacidad de resiliencia.

Sobre la variable de consumo de sustancias

En lo que corresponde a consumo general de alcohol, cigarrillos y sustancias, se revela que el 93,6% de población total no ha consumido drogas en general, esto implica el uso de cocaína, anfetaminas u opiáceos dentro del lapso de tres meses; por lo tanto hay una pequeña población en riesgo. Similarmente, en lo que corresponde al consumo de tabaco, se observa tendencias bajas de consumo del mismo, pues se revela que un total de 14, 9% aseveró que durante un lapso de tres meses consumieron tabaco de una a dos veces y una leve población de 2,1% expone que ha consumido cigarrillo cada mes dentro del lapso de tres meses, mientras que el restante 83% indica no haber consumido; por lo cual no implica un riesgo. Por lo cual, Se puede evidenciar por los resultados que no existe un factor de riesgo alarmante, sino que expone bajas tendencias al consumo problemático.

Naciones Unidas (2015) reveló que existen tendencias al incremento de consumo desde hace algunos años atrás; entre las drogas que más se consumen menciona: cannabis,

cocaína y los opiáceos. Se enfatiza que usualmente el consumo de estupefacientes tiene más frecuencias durante el ingreso a la secundaria (OptumHealth, s.f.).

Como se aprecia en el estudio, el 6,4% asevera que de una a tres veces ha consumido marihuana, durante el lapso de 3 meses; lo cual corrobora que la marihuana sigue siendo la droga usual más consumida por parte de los estudiantes. A pesar de ser una población no tan grande de consumidores, no significa que no pueda estar sometida a riesgo.

Sobre la variable de ansiedad y depresión

La variable de ansiedad y depresión tanto para el género masculino como el femenino no sobrepasa la media, siendo en ambas considerada una variable de protección, es decir existen bajos niveles que expresan ansiedad; pero la puntuación de las mujeres expone un punto más sobre el género masculino, dando a entender que a pesar de que sean bajas las frecuencias de depresión a nivel general, de la muestra investigada las mujeres tienden más a padecer de depresión y ansiedad.

Ciertos estudios corroboran que el género femenino tiende más a desarrollar ansiedad que los hombres, tal como sostienen Arenas y Puigcerver (2009) la mujer es “más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres” (p.21).

De igual forma en cuanto a la depresión, la cual se entiende como un producto multifactorial que no se disocia de lo social, incluyendo la condición socioeconómica; se presenta con “prevalencia creciente y continúa siendo más frecuente entre las mujeres” (Lazarevich y Mora, 2008, p.7).por lo tanto los estudios coinciden con los resultados de la población estudiada.

Sobre la variable de satisfacción vital

En la variable de satisfacción vital, se puede observar que no existe tendencia al riesgo, pues no hay frecuencias altas que estén por debajo de la categoría neutral; en el caso tanto de hombres como de mujeres existe frecuencias similares en la categoría máxima de la escala; sin embargo, los varones expresaron un nivel levemente más alto de satisfacción que las mujeres.

En un estudio que se realizó respecto a la satisfacción vital tanto en hombres como en mujeres “siendo estas quienes informan niveles más altos en la escala” (Cárdenas,

Barrientos, Bilbao, Páez, Gómez y Domingo, 2012, p.162).por lo cual no coinciden otros estudios con los resultados de la investigación.

Por lo tanto, no podría generalizarse la idea sobre qué género posee mayores niveles de satisfacción con la vida, aun así, en el estudio expuesto las cantidades tampoco son suficientes como para emitir la idea sobre qué genero tiende a tener mayor satisfacción.

CONCLUSIONES

- Tal como puede apreciarse tanto en las escalas de ASSIST que pretende reflejar el consumo problemático de tabaco y otras sustancias, así como la escala de AUDIT en cuanto consumo problemático de alcoholismo. Por lo tanto, ambas son consideradas como variables protectoras, es decir que no representan problemática o amenaza a la comunidad estudiantil estudiada.
- Respecto al estrés que fue medido través de la escala PSS 14, se puede observar que no es una variable de riesgo, pues los resultados estadísticos en general, no sobrepasan la media haciendo notar que no existe una problemática.
- El resultado general expone un nivel medio de estrés en el caso del género femenino, mientras que en el caso de los hombres se encuentra un punto debajo de la media; se afirma por lo tanto ante tales resultados que no existe amenazas que puedan afectar la salud mental de la población estudiada.
- La personalidad de tipo A, la cual predomina en el grupo de jóvenes es autoritaria y dominante, estos resultados se ven expuestos en los datos estadísticos y que a nivel general expresa resultados por encima de la media, por lo cual es una variable de riesgo ya que podría asociarse con la hostilidad, con la impaciencia y constante sentido de competitividad.
- Los resultados sobre la sensación de soledad indican un punto sobre la media, considerándola como variable asociada al consumo, de igual manera como en otras variables, se puede observar en las escalas respectivas a cada género, en donde las mujeres exponen un nivel más alto de sensación de soledad respecto al de los hombres, esto da una variable de riesgo que la soledad puede llevar a consumir sustancias para mitigar la sensación de soledad.
- En la variable de resiliencia según los informes manifestados en las escalas y en las estadísticas, se observa que la población tiende a recuperarse de condiciones negativas, por lo cual el nivel o capacidad de resiliencia es alta, de ahí que se la considera como una variable asociada de protección que ayuda a mantener salud mental estable.
- También se observa que la variable de ansiedad y depresión se asocia a la salud mental por el hecho de no llegar a niveles que estén sobre la media; a pesar de que

las frecuencias son bajas en la población, se puede verificar que las mujeres superan por un punto en la escala a los hombres.

- La variable que corresponde a los niveles de satisfacción vital se expresan de manera que se asocia a la salud mental de los estudiantes, tal como se constata en los resultados generales, así como de cada género no hay tendencias que refieran bajos niveles de deleite con la vida.
- En cuanto a los niveles de consumo de alcohol, reflejados en la escala de AUDIT; se constata que, siendo la población tanto de hombres y mujeres, consumen alcohol de manera prudentemente con un total de 90%, mientras el restante 10% de los estudiantes, está en el nivel de consumo riesgoso.
- Por otra parte, el género masculino siendo un total de 26 estudiantes, y que 24 de ellos siendo el 92,3% se encuentran en el nivel de consumo prudente, mientras que los 3 restantes, es decir el 7,7% se encuentran bajo consumo problemático de alcohol u otras sustancias. Respecto a las mujeres, en su mayoría con 95,2% indican que nunca han consumido en menos de tres meses mientras que el 4'8% restante, revela haber consumido drogas.

RECOMENDACIONES

Ante los resultados obtenidos, se recomienda:

- Reforzar mediante programas particulares la concienciación de los riesgos que implica el uso y abuso de alcohol. A fin de generar concienciación del riesgo del uso y abuso del mismo.
- Establecer programa institucional para prevención del estrés, considerando en qué medidas, este se podría asociar al consumo sea de estupefacientes como del mismo alcohol o tabaco.
- Se podría recomendar talleres que traten acerca de inteligencia emocional, para manejo de emociones destructivas como la ira o la irritabilidad en lo que corresponde a personalidad tipo A; así como del manejo de sensaciones de soledad o de emociones nocivas para la salud mental.
- Con respecto a la resiliencia, se sugiere establecer programas que refuercen las capacidades de los estudiantes, profesores, y familias para prevenir a futuro presencia de amenazas que puedan afectar la salud mental tanto en adicciones, depresión falta de autoestima e identidad. Y en caso de presentarse amenazas, contar con las capacidades para mitigar los problemas.
- Desarrollar talleres o programas de soporte o abordaje para estudiantes que se encuentren bajo situación de consumo. En donde se les enseñe a superar, a mitigar y a superar la condición de consumo, sea esporádico o problemático.
- Así mismo, se sugiere desarrollar talleres de prevención para reforzar el no uso de sustancias o abstinencia.
- Así también se sugiere aplicar longitudinalmente el proceso de investigación para obtener resultados a futuro posteriormente a programas o medidas de control de consumo.
- Analizar a más profundidad respecto al consumo y género para determinar las causas que provocan la utilización de sustancias alucinógenas que perjudican la salud mental y física.
- Diseño de plan nacional de intervención desde la metodología del riesgo del análisis de Vulnerabilidades y Capacidades (AVC) para poder determinar las capacidades instaladas, las vulnerabilidades propias de la adolescencia en el contexto actual para poder orientar y atender los casos de consumo por parte de estudiantes.

Referencias Bibliográficas

- Arenas, C. y Puigcerver, C. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología*, 3(1), 20-29. Recuperado de http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/escritospsicologia_v3_1_3mcarenas.pdf
- Arias, S. (sin fecha). Personalidades tipo a y tipo b, dos tipos de personalidad. Recuperado de <http://www.psicologicamentehablando.com/personalidades-tipo-a-y-b/>
- Álvarez, C., Cáceres, I., & Kotliarenco M. (1996). Resiliencia construyendo en adversidad. Santiago de Chile: Kotliarenco, Cáceres y Álvarez Editoras.
- Arenas, C. y Puigcerver, C. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología*, 3(1), 20-29. Recuperado de http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/escritospsicologia_v3_1_3mcarenas.pdf
- Baader, T. Molina, J. Venezian, S. Rojas, C. Farías, S. Fierro-Freixenet, C. Backenstrass, M. y Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*, 50(1), 10-22 recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v50n1/art02.pdf> Chile: Kotliarenco, Cáceres y Álvarez Editoras.
- Barranco Martínez, M. (2015). *Flexibilidad Psicológica y dolor crónico*. Obtenido de info:eu-repo/semantics/bachelorThesis: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1766>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia, definición, características y utilidad del concepto. *revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146 Recuperado de [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Becoña, E. López-Durán, A. y Fernández, E. (2013). Resiliencia y consumo de cannabis, drogas de síntesis y cocaína en jóvenes. *Psicopatología clínica legal y forense*, 13, 59-72 recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2013/2013art4.pdf>
- Biblioteca Nacional de Medicina Estados Unidos. (2015). Consumo de Alcohol. *MediPlus*, 22-30.
- Blackledge, J., Ciarrochi, J., & Deane, F. (2009). Acceptance and commitment, therapy contemporary theory research and practice. Estados Unidos: Netsocialbooks.
- Briñez, J. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Revista Adicciones*, 13(4), 439-455. recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/559/551>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós

- Buendía, J. (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid- España: Ediciones Pirámide.
- Camacho, I. (2005). Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 41-56. Obtenido de http://www.uelbosque.edu.co/publicaciones/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen5_numero1
- Cárdenas, M. Barrientos J. Bilbao, A. Páez, D. Gómez, F. Asún, D (2012) Estructura Factorial de la Escala de Satisfacción con la Vida en una Muestra de Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revista mexicana de Psicología*, 29(2), 157-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243030190006.pdf>
- Cano-Vindel, A. Miguel-Tobal, J. González, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 10(2), 145-156. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. México: Pearson Prentice Hall.
- Caraveo, J. Collmenares, E. & Saldivar, G. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41(3), 177-188. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n3/41n3a06.pdf>
- Carballo, J. (1972). *Biología y psicoanálisis*. España: Desclée de Brouwer
- Casas, J. y González Fierro, C. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 9(1), 20-24. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Castro, A. y Díaz, J. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en los adolescentes españoles y argentinos. *Psicothema*, 14(1), 112-117 recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/694.pdf>
- Chavarría, M., & Barra, E. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia Psicológica*, 32(1) 42-46. recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art04.pdf>
- Cloninger. (2003). *Teoría de la Personalidad*. México: Pearson Educación.
- Colom, B. (2009). *Psicología de las diferencias Individuales*. Madrid- España: Ediciones Pirámide.
- Comisión Nacional contra las Adicciones de México. (2014). Adicciones en Jóvenes. *Portillo Noticias*, 5-18.
- Cortese, E. (2004). Psicología Médica Salud Mental. En *Salud Mental* (pág. 106). Argentina: Librería Técnica de Nobuko.
- De la Villa Moral, M. (2007). Personalidad Activa Resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencia*, 32 (3) 250-291.

- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2009). *La Depresión*. Obtenido de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- Diener, E. Emmons, R. Larsen, J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75. Recuperado de http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Emmons-Larsen-Griffin_1985.pdf
- Díaz, j. y Sanchez-López, M. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales den la predicción de la satisfacción vital. *Anales de psicología*, 17(2), 151-158. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v17/v17_2/01-17_2.pdf
- Equipo interno de investigación, Docentes investigadores UTPL. (2015). Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación. Universidad Técnica Particular de Loja
- Evans, R. Hofmann, A. Rälsh C. (2000). Plantas de los dioses las fuerzas mágicas de las plantas alucinógenas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Felman, S. (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla Hispana*. México: Mac Graw Hill.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. <http://www.psicothema.com/pdf/355.pdf>, 12 (3) 445-450.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. New York. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- Forés, A. y Grané, J. (2008). *La resiliencia, crecer desde la adversidad*. España: Plataforma Editorial
- Fundación Vivir sin Drogas. (1999). *Drogas guía para padres y madres*. Gobierno de Vasco: Fundación Vivir sin drogas FAD recuperado de https://www.ceapa.es/sites/default/files/uploads/ficheros/publicacion/drogas_guia_para_padres_y_madres.pdf
- Garita, A. (2013). La orientación para la salud mental: reflexiones para delimitar un campo de intervención profesional. *Revista electrónica Educare*, 17(2), 55-68. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/a04v17n2.pdf>
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.bvs.sa.cr/saludmental/a04v17n2.pdf>
- García, J. García, M. Rivera, S. (2015). Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol, 18(2), 163-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79841776013.pdf>
- Gelles, R. Levine, A. (2000). *Sociología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: Mac Graw Hill.
- Gerrig, R. y Zambrano, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson educación

- Góngora, J. Leyva, M. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva del género. *El cotidiano*, 32, 84-91. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/325/32513209.pdf>
- González, J., Monroy, A., & Kupferman, E. (1994). *Dinámicas de Grupos*. En *Técnicas y Tácticas*. México: Pax México.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. (Julio de 2008). *Manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mac Grahill
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 17(2), 88-93. Recuperado de <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Ilustre Municipalidad de Guayaquil. (2014). *Guía de organización multinivel para la reducción de riesgos de desastres en contextos urbanos*. Guayaquil- Ecuador: Dirección de gestión de riesgos y cooperación.
- Instituto Europeo de Estudios en Prevención (2009) *Drogas, hijos adolescentes y dudas cómo actuar*. recuperado de http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/RosEtal_2009_ManualPadres.pdf
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y Adultez emergente un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.
- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo humano una perspectiva del ciclo vital*. México: Cengage Learning
- Kimble, C. Hirt, E. & Díaz, L. (2002). *Psicología social de las Américas*. México: Pearson
- Kotliarenco, M. A. Cáceres, I. y Álvarez, C. (1996). *Resiliencia construyendo en adversidad*. Santiago de Chile: Kotliarenco, Cáceres y Álvarez Editoras
- Kernberg. (2005). *Carácter y Temperamento*. En *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. (págs. 154-156). México: Manual Moderno.
- Laoz García, J. M. (2010). *Educación Familiar*. En *Entorno Familiar* (págs. 85-90). Lima: Eurohispano.
- Lerma-Cabrera, J. Steinebach, P. Carvajal, F. & Ulloa, V. (2015). Factores de riesgo asociados al consumo problemático en la adolescencia: El rol preventivo. *Psychology, Society & Education*, 17 (1), 57-69. Recuperado de <http://midap.org/wp-content/uploads/2015/04/Factores-de-riesgo-asociados-al-consumo-problem%C3%A1tico-de-alcohol-en-la-adolescencia.pdf>
- Laurel, C. (2012). *La sociedad*. En *La relación de lo Biológico* (págs. 9-12). Mexico: Edamex.
- Lazarevich, I & Mora, F. (2008). *Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo*. Segunda Época, 1(4), 7-16. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-383-5776jlb.pdf

- López, M. (2011). Conocimiento y compromiso vital. Los desafíos de la ética planetaria en la práctica profesional de la investigación educativa. *Revista Iberoamérica sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 9(2), 24-44. Recuperado de <http://redalyc.org/pdf/551/55119127003.pdf>
- López, M. (2014). Estado Actual de la terapia de Aceptación y compromiso en Adicciones. *Health and Addictions salud y drogas*, 14(2), 99-108. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83932799002.pdf>
- Luciano, M. Valdivia, O. Páez-Blarrina, M. (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. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-345.pdf
- Martínez-Barranco, M. J. (2015). Flexibilidad psicológica y dolor crónico: una revisión de la literatura. Recuperado de <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1766>
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos
- Morla, E. (1998). Bases biológicas de la adolescencia. *ADOERBIO*, 34(3), 76-82. Recuperado de <http://www.bvs.org.do/revistas/adp/1998/34/03/ADP-1998-34-03-76-82.PDF>. PDF Naciones Unidas. (2013). *Contra la droga y el delito. En contra de la groga y el delito*, (pág. 5). Venezuela.
- Muñoz, A. (sin fecha). Personalidad tipo a y su relación con la enfermedad cardiaca. Recuperado de <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/personalidad-tipo-a-y-su-relacion-con-la-enfermedad-cardiaca>
- Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. New York. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- Naciones Unidas. (Sin fecha) *Prevención del consumo problemático*. recuperado de: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Naciones Unidas Mexico-Cuba y República Dominicana. (2010). *Medio Ambiente*. En *Medio Ambiente*. Mexico: Temacilli.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito/ Organización Mundial de la Salud. (2010). Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia. Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP_Brochure_-_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012). Informe mundial sobre las drogas, resumen ejecutivo. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf

- Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Lima, Perú: UNODC. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
- Naciones Unidas para la Niñez y la adolescencia. (2013). Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela. Recuperado de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Naciones Unidas (2015) Informe Mundial sobre drogas. Naciones Unidas contra las drogas y el delito. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Norma, E., Betina, A. Elizabeth, S. Álvarez, M. González, M. Coria, V. (2012). Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. Revista electrónica de Psicología Iztacala, 15(1), 127-149. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num1/Vol15No1Art7.pdf>
- Núñez, A., & Tubón, S. (2009). Salud y Estado. En *Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados*. (págs. 11-32). México: Edición 13.
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la Salud y calidad de vida. En *Salud y Calidad de vida* (pág. 3). México: Thomson.
- Observatorio Europeo de Drogas. (2005). *Estado del problema de las drogas en Europa*. Obtenido de <http://ar2005.emcdda.europa.eu/es/page058-es.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2014). Señales del consumo de Drogas. *World Drug Campaign*, 15-22.
- OptumHealth (sin fecha) consumo de droga problemático por los jóvenes. recuperado de <https://www.optumhealthnewmexico.com/consumer/es/consumoProblematicoDeDrogasPorLosJovenes.jsp>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *La adolescencia*. recuperado de: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington D.C., E.U.A.: División de Promoción y Protección de la Salud, del Programa de Familia y Protección
- Organización Mundial de la Salud. (2011).
- Organización mundial de la salud. (Enero de 2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). La adolescencia. En *La adolescencia Etapas* (págs. 58-62). Madrid: Alianza Editorial.

- Organización Mundial de Salud. (1998). *Constitución de la Organización de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización mundial de la salud. (2001). AUDIT Cuestionarios de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Organización mundial de la salud. (2004). Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Suiza: OMS Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización mundial de la salud. (2011). ASSIST la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, manual para uso de atención primaria. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Organización mundial de la salud. (2014). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Orlandini, A. (2012). El estrés qué es y cómo evitarlo. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). Desarrollo Humano. México: Mac Graw Hill.
- Parada, M. Montserrat, C. Caamaño-Isorna, F. Nayara, M. Greco A. Rodríguez, S. Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente. *Adicciones*, 23(1), 53-63. Recuperado de <http://www.usc.es/saudep/web/uploads/publicacions/arquivo/094/5593027c1a-39-adicciones-binge-drinking.pdf>
- Pedrero, E. Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 26 (2), 302-309. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/14-26_2.pdf
- Pepper, S. (Mayo de 2012). *The role of experiential avoidance in trauma, substance abuse, and other experiences*. Obtenido de http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc149651/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf
- Pérez, O. (2006). Desarrollo de los adolescentes identidad y relaciones sociales. México. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Libros_Adolecencia.pdf

- Psicología Online (sin fecha) Patrón de conducta tipo A. recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/pir/patron-de-conducta-tipo-a.html>
- Polaino, A. Cabanyes, J. & Del Pozo, A. (2003). Fundamentos de Psicología de la personalidad. España: Ediciones Rialp.
- Ritzer, G. (2001). *Teoría Sociológica Clásica*. España- Madrid: Mac Graw Hill.
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (2013). Familia y Desarrollo Humano. Madrid- España: Alianza Editorial.
- Ruiz, F. (2014). The relationship between low levels of mindfulness skills and pathological worry. *The mediating role of psychological inflexibility. Anales de psicología.*, 887-897.
- Santrock, J. (2003) Psicología del desarrollo: el ciclo vital. México: Mac Graw Hill
- Salgado, M. Mo-Carrascal, J. Monterrosa, A. (2013). Escala para estudiar percepción del estrés psicológico en el climaterio. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4(2), 318-326. Recuperado de http://www.revista.spotmediav.com/pdf/4-2/14_ESCALAS_ESTRES_PSICOLOGICO.pdf
- San Martín, & Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Revista Terapia Psicológica*, 31(3), 287-291. recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art03.pdf>
- Sánchez de Gallardo, M. y Pirela de Faría, L. (2006). Motivaciones sociales y rendimiento académico en estudiantes de educación. *Revista de ciencias sociales*, 7(1), recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182006000100013&script=sci_arttext
- Sánchez-Barranco, A. (2006). Historia de la psicología. Madrid: Pirámide
- Salzberg Revista. (2013). Compromisos con uno mismo. *Salud y psicología*, 45-48
- Saz, A. (2004). Diccionario de Psicología. España: Libro-Hobby-Club S.A.
- Serrano, C. Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 15 (1), 47-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>
- Sierra, C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y estrés. Tres conceptos a diferenciar. *Mal- estar E Subjetividad*, 3 (1) 10-59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. (2011) recuperado de: <http://www.ansiedadystres.org/>
- Socidrogalcohol. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. España: Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.

Sue, S. Wing, D. & Sue, D. (2012). Psicopatología comprendiendo la conducta anormal. México: Cengage Learning.

Tapia, M. (2000). *Investigación Exploratoria*. Chile: Susaeta Ediciones Chile.

Touriñán, J. M. (2008). educación en valores, educación intercultural y formación para la convivencia pacífica. Madrid, España: Netbiblo, S. L.

Trianes, & Gallardo. (2011). Psicología de la Educación y del desarrollo en contextos escolares. En *Psicología Educativa*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Universidad de Cuenca. (2014). El alcoholismo en la adolescencia. Ecuador: Universidad de Cuenca, facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19993/1/TESIS.pdf>

Unidad de Investigación de Psicología. (2012). Escala de Satisfacción Vital. *Psicología y Salud*, 80-84.

Universidad Técnica Particular de Loja. (2015). En E. I. Investigación. Loja: Equipo interno de investigación.

Vinaccia, S. Quiceno, J. y Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 16, 139-146. Recuperado de www.cneip.org/documentos/...1/Gonzalez_Arratia_Lopez_Fuentes.pdf

Yuni, J., & Urbano, C. (2005). Psicología del Desarrollo. En *Enfoques y perspectivas del Curso Vital*. Argentina: Brujas.

Zambrano, G. (2005). La Personalidad. En *Estilos de Personalidad* (págs. 85-87). Perú: Santillana.

Zepeda, F. (2003). Introducción a la psicología. México: Pearson Prentice Hall.

ANEXOS

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____

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

--

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

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
* 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
* 5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado con eficacia los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
* 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo

1. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cócteles, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos.	<input type="checkbox"/> 2 a 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 2 ó 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4 ó más veces a la semana.
2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe?	<input type="checkbox"/> 1 ó 2	<input type="checkbox"/> 3 ó 4	<input type="checkbox"/> 5 ó 6.	<input type="checkbox"/> 7, 8 ó 9	<input type="checkbox"/> 10 o más.
3. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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 el día anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.

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

7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	<input type="checkbox"/> Nunca	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	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> A diario o casi a diario.
9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año.	<input type="checkbox"/> Sí, en el último año.
10. ¿A algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año.	<input type="checkbox"/> Sí, en el último año.

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	<input type="checkbox"/> Muy raramente es verdad	<input type="checkbox"/> Realmente es verdad	<input type="checkbox"/> A veces es verdad	<input type="checkbox"/> Con frecuencia es verdad	<input type="checkbox"/> Casi siempre es verdad	<input type="checkbox"/> Siempre es verdad

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

1. Tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas.	<input type="checkbox"/>	Muy bien	<input type="checkbox"/>	Bastante bien	<input type="checkbox"/>	En parte	<input type="checkbox"/>	Nada
2. Normalmente me siento 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"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
8. ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
10. ¿Se siente molesto al esperar?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<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 ti?	<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 sociable 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 (diazepan, alprazolán, clonazepan, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Diario o casi a diario

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

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

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

Gracias por su colaboración