UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 5, distrito 09D13, circuito 09D13C09, año 2015

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús

DIRECTORA: Zabaleta Costa, Luz Ivonne, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO DAULE

2015

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

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Luz Ivonne Zabaleta Costa

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: **Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 5, distrito 09D13, circuito 09D13C09, año 2015**, realizado por Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, XX de octubre de 2015

f)

Luz Ivonne Zabaleta Costa, Mgtr.

AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: **Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 5, distrito 09D13, circuito 09D13C09, año 2015**, de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo la Dra. Isabel Livia Andrade Qhizhpe, 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: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús

Cedula: 0921447306

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a aquellas personas que han sido el pilar sobre el que he construido y alcanzado mis objetivos y cuyo apoyo incondicional, amoroso y permanente ha sido el motor que me ha impulsado ha alcanzar mis objetivos.

A mis padres, José Burgos Platón y Jacqueline Ochoa Montiel, quienes con su amor, comprensión y ejemplo en valores y principios, me enseñaron a superar obstáculos y luchar por alcanzar mis sueños.

A mi esposo, Alexis Muñoz, quien con su paciencia y sacrificio me ha ayudado a crecer como ser humano, siendo en todo momento mi ayuda y apoyo incondicional.

A mi hijo, Pedrito, la razón de ser de mi vida y mí más grande logro, mi motivación para creer en un futuro mejor y superarme día a día.

A mis hermanos, quienes con sus palabras de ánimo y su inmenso cariño me brindaron fortaleza en los momentos difíciles y me empujaron para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Ningún conocimiento ni entendimiento es posible con la sola voluntad individual, se requiere además de personas que con su entrega y abnegación sepan compartir aquello que recibieron de otros antes. Por ello, mi inmenso agradecimiento a todos y cada uno de los profesores, tutores y el personal docente y administrativo de la carrera de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, por su dedicación y pasión hacia la enseñanza.

Igualmente, mi agradecimiento al personal administrativo del Centro Asociado Daule, en la persona del Ec. Luis Aguirre, por su constante y oportuno apoyo y guía, sin los cuales hubiese resultado difícil avanzar.

Un agradecimiento especial a la Mgtr. Luz Ivonne Zabaleta, por sus correcciones y acertados consejos que contribuyeron de manera decisiva para el éxito en la realización de la presente investigación.

Y, finalmente, mi más sincero reconocimiento al personal administrativo, docente y al alumnado de la Unidad Educativa por su colaboración abierta, desinteresada e incondicional para el proceso investigativo motivo de este proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN ii
AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
ÍNDICE DE CONTENIDOS vi
RESUMEN viii
ABSTRACT ix
INTRODUCCIÓN 1
CAPITULO 1 3
MARCO TEÓRICO 3
1.1. Salud mental 4
1.1.1. Definición de salud mental. 4
1.1.2. Factores asociados a la salud mental. 4
1.1.2.1. Personalidad 5
1.1.2.2. Estrés. 6
1.1.2.3. Apoyo social. 7
1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica. 8
1.1.2.5. Compromiso vital. 9
1.1.2.6. Resiliencia. 9
1.1.2.7. Ansiedad y depresión. 11
1.1.2.8. Satisfacción vital. 13
1.2. Consumo de drogas 14
1.2.1. Consumo problemático de drogas 14
1.2.2. Consumo problemático de alcohol 15
1.2.3. Causas del consumo de drogas 16
1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas 18
1.3. Adolescente 19
1.3.1. Desarrollo biológico 19
1.3.2. Desarrollo social 20
1.3.3. Desarrollo psicológico 21
CAPÍTULO 2 24

2.1. Objetivos 25
2.1.1. General. 25
2.1.2. Específicos. 25
2.1.3. Preguntas de investigación 25
2.2. Diseño de investigación 25
2.3. Contexto 25
2.4. Población 27
2.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Investigación 27
2.5.1. Métodos. 27
2.5.2. Técnicas e instrumentos. 27
2.6. Procedimiento 32
2.7. Recursos 33
CAPÍTULO 3 35
ANÁLISIS DE DATOS 35
3.1. Datos psicosociales 36
3.2. Análisis de resultados generales 37
3.3. Análisis de resultados respecto al género femenino 44
3.4. Análisis de resultados respecto al género masculino 52
3.5. Discusión de los resultados 61
CONCLUSIONES 65
RECOMENDACIONES 66
BIBLIOGRAFÍA 67
ANEXOS 74
Anexo 1. Batería de cuestionarios 79
Anexo 2. Carta de Presentación 82
Anexo 3. Consentimiento informado rectores 83
Anexo 5. Formulario de Asentamiento Informado 85

RESUMEN

La presente investigación analiza variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de entre 14 a 17 años. Para tal efecto se ha aplicado una batería de 10 cuestionarios y tests a una muestra de 64 estudiantes, hombres y mujeres, de primero y segundo año de bachillerato de una Unidad Educativa, con el fin de determinar factores de riesgo y de protección como predictores de la salud psicológica y del consumo problemático de drogas. Las variables consideradas son: el estrés percibido, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la inflexibilidad psicológica, la personalidad tipo A; la resiliencia, el aislamiento social, la depresión y la satisfacción vital.

Los resultados de los datos recolectados mostraron una relación significativa entre las variables mencionadas y la salud mental de los adolescentes de ambos sexos, así como con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, observándose que la mayoría de las variables actúan como factores protectores, a excepción del aislamiento social que mostró una ligera tendencia como factor de riesgo tanto para varones como para mujeres.

PALABRAS CLAVES: salud mental, consumo problemático, variables psicosociales, adolescencia, factor de protección, factor de riesgo.

ABSTRACT

The present research analyzes the psychosocial variables related to mental health and the use of psychoactive substances in adolescents of 14-17 years old. To that effect a battery of 10 tests and questionnaires has been applied to a sample of 64 students of the first and second year of baccalaureate in a Educational Unit in order to determine risk factors and protective factors as predictors of psychological health and problematic drug consumption. The variables considered are: perceived stress; alcohol, tobacco, and other drugs, consumption; psychological inflexibility; type A personality; resilience; social isolation; depression and life satisfaction.

The results of the collected data showed a significant relationship between the variables mentioned and mental health of adolescents of both sexes, as well as alcohol, tobacco and other drugs consumption, noting that most of them act as protective factors, except social isolation, which showed a slight tendency as a risk factor for both men and women.

KEYWORDS: mental health, problematic consumption, psychosocial variables, adolescence, protective factors, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación analiza variables psicosociales que están asociadas con la salud mental y el consumo problemático de sustancias en adolescentes de entre 14 a 17 años. Para dicho efecto, se ha seleccionado una muestra compuesta por 64 estudiantes (33 mujeres y 31 hombres) que se encuentran cursando primero y segundo año de bachillerato en una Unidad Educativa del cantón Palestina de la provincia del Guayas; y se les ha aplicado una batería de diez cuestionarios y tests cuyos reactivos indagan sobre estrés percibido, consumo de alcohol, inflexibilidad psicológica, personalidad tipo A, aislamiento social, resiliencia, consumo de tabaco y otras drogas psicoadictivas, depresión y satisfacción vital. Dicha información permite determinar que variables actúan como factores de protección y cuales como factores de riesgo para la población adolescente en este estudio.

En el primer capítulo, se halla el marco teórico, cuyo primer tema proporciona conceptos asociados a la problemática a investigar, es así que se define a la salud mental y a los factores asociados a la salud mental como la personalidad, el estrés, el apoyo social, la inflexibilidad psicológica, el compromiso vital, la resiliencia, la ansiedad y la depresión, y la satisfacción vital. En el segundo tema se presenta información sobre el consumo problemático de drogas, el consumo problemático de alcohol, las causas del consumo de drogas y las consecuencias del consumo de drogas. Por último, el tercer tema trata sobre el adolescente y su desarrollo biológico, social y psicológico.

El segundo capítulo se refiere a la metodología, y en él se plantean los objetivos, general y específicos, y se informa sobre el diseño de investigación, el contexto en el cual es llevado a cabo, la población, y los métodos, técnicas e instrumentos utilizados. También se da conocer el procedimiento y los recursos utilizados para ejecutar el presente proyecto.

Por su parte, el capítulo tres, se realiza el análisis de los datos obtenidos: psicosociales y generales (de los cuestionarios y tests aplicados); se efectúa una discusión de estos, y se presentan las conclusiones y recomendaciones obtenidas.

Los objetivos planteados son: analizar la distribución de las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y a la salud mental de estudiantes de bachillerato, seleccionar aquellas que puedan ser consideradas como predictores de consumo y de salud mental, y elaborar un informe de resultados para la unidad educativa.

En cuanto a la investigación, en la metodología usada se aplica el método descriptivo, estadístico y transversal, que permite una recolección adecuada, eficiente y efectiva de los datos, así como su posterior procesamiento en números que pudieron ser interpretados y analizados matemática y estadísticamente, pudiendo afirmarse que se alcanzaron los objetivos planteados pues se logró establecer criterios que permitieron identificar la función de protección o de riesgo de las variables bajo estudio.

Resulta importante conocer datos sobre la relación entre las variables investigadas y el bienestar o malestar psicológico y el consumo problemático de sustancias psicoactivas, pues esto permite entender los hechos sobre los que se fundamenta el comportamiento de la población estudiantil durante los críticos años de la adolescencia, permitiendo de ese modo crear, desarrollar y aplicar medidas preventivas en función de las variables estudiadas.

Bajo estas premisas, se proponen planes y programas psicoeducativos que proporcionen a los estudiantes, padres de familia, docentes y autoridades educativas, información sobre las variables y como estas se relacionan con la salud psicológica y con el facilitamiento o evitación de un consumo riesgoso de alcohol y otras drogas, usando para ello diversas metodologías como los grupos de discusión, mesas redondas, simposios, escuelas para padres, charlas, capacitaciones, cuya finalidad esta en promover una mejor salud mental y un mínimo o nulo uso de alcohol, tabaco o drogas.

Cabe recalcar las facilidades otorgadas tanto por la Universidad Técnica Particular de Loja y el área de titulación de la carrera de Psicología, como por las autoridades de la Unidad Educativa, quienes proporcionaron los instrumentos y medios para llevar a cabo el trabajo sin mayores dificultades. Es remarcable, también, la colaboración de los padres y los estudiantes en el proceso de recolección de datos, así como las guías constantes de la tutora para que el proyecto siguiese un cauce ordenado y llegara a feliz término.

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1. Salud mental

1.1.1. **Definición de salud mental**.

Tanto salud como enfermedad, son dos estados del ser humano, y abarcan aspectos físicos y mentales. Las definiciones sobre estas condiciones suelen estar mediadas por el contexto en que el autor o autores se desenvuelven.

Por ejemplo, Guzmán Serrano (2002), dice simplemente que la salud mental es “la ausencia o resistencia a la enfermedad mental” (p. 213).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud –OMS (2013), con una perspectiva más amplia, define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Mientras que, Elizondo (2001), como médica cirujana y obstetra, coincide y amplia algo más el concepto de la OMS, al definir la salud mental como:

> Un estado de equilibrio entre las emociones, sentimientos y pensamientos de la persona, permitiéndole vivir de acuerdo con sus valores (familia, cultura, religión, etc.) y con sus propias metas. Es un estado que le permite desarrollar todas las capacidades en armonía con los demás y ser feliz (p. 179).

A partir de las definiciones anteriores, se pude afirmar que la salud mental es un estado en el cual el equilibrio de las funciones psicológicas, permite que el individuo desarrolle sus actividades buscando como fin su bienestar y aquel de quienes le rodean.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental.

Al estar asociada la salud mental con las funciones psicológicas, y en consecuencia con sus manifestaciones de comportamiento y conducta, resulta indiscutible que existirán factores que incidirán sobre el equilibrio mental, ya sea como antecedentes o consecuentes, afectándolo y provocando la aparición de la enfermedad mental.

A continuación se consideran los principales factores asociados a la salud mental.

1.1.2.1. Personalidad

La personalidad define al individuo, y lo hace único entre sus semejantes. Definirla desde el punto de vista psicológico ha sido tarea de varios autores desde el inicio de la psicología como ciencia.

Una definición de personalidad dice que esta es “la suma organizada de los sistemas físicos y psicológicos, que determinan el ajuste individual y único de la persona al medio en que se desenvuelve” (Allport, p. 48 (1937), citado por Clonninger (2003)). Esta relación entre lo psicofisiológico y el medio no es de una sola vía, sino que implica una correspondencia mutua entre ambos factores, es decir, existe una influencia de doble vía. Esto, por tanto, implica que la personalidad de un individuo, moldeada tanto por aspectos internos y externos incidirá en la salud tanto física como mental. Por ejemplo, los factores genéticos (factores internos) determinan ciertas tendencias en el individuo que son afectadas por el estilo parental (factor externo), si la influencia de una sobre la otra no es la adecuada, suelen presentarse desequilibrios en la salud mental.

Investigaciones han mostrado que aproximadamente el 90% de las enfermedades que sufre el ser humano son de carácter emocional (Ropero, 2012). Y notoriamente, muchas de estas afectan la salud mental.

Desde finales de los años 50 del siglo pasado, se desarrollaron estudios que relacionaban determinados tipos de personalidad con el estado de la salud tanto física como mental. Es así que, Friedman y Rosenman; Morris y Greer; y, Denollet y Brutsaert, propusieron los tipos de personalidad tipo A, B, C y D, respectivamente, relacionando cada uno con una determinada tendencia hacia ciertos tipos de padecimientos orgánicos y mentales (Martín Vásquez, 2014). Por ejemplo, Pastor (2012a) afirma que:

- Los individuos con personalidades tipo A, presentan rasgos de egocentrismo, agresividad, competitividad, y frialdad, que los predisponen a padecer de enfermedades cardiovasculares, y de estrés.
- Las personalidades de tipo B, de rasgos opuestos al tipo A, suelen ser menos propensos a enfermarse, pues son individuos tranquilos, relajados, empáticos y cálidos, características que parecen asociadas a una mayor resistencia a las enfermedades.
- Las personas tipo C, son definidas como inhibidas, pasivas, complacientes, conformistas e inseguras, y estudios como el de Harrenz et al. (1997) han mostrado

cierta tendencia de estos individuos a enfermedades como cáncer, infecciones recurrentes, alergias, y depresión.

- Los individuos con personalidad tipo D, muestran rasgos de irascibilidad, negatividad, indefensión e hiperactividad, que según investigaciones realizadas, hacen a estas personas proclives a enfermedades como la ulcera gástrica, y con fuerte tendencia hacia las adicciones a sustancias psicoactivas o psicodepresoras.

Así pues, de la intensidad de la incidencia de cada rasgo particular, en un momento vital determinado, dependerá la tendencia hacia la enfermedad o la oposición hacia la misma, tanto como el tipo de padecimiento y la gravedad o cronicidad del mismo.

Para el adolescente que está en proceso de consolidación personal física y psicológicamente, los rasgos de personalidad emergentes serán factores determinantes en el desarrollo de su salud mental. No obstante, estos elementos psicólogos no actúan por si solos, sino que dependen de otros factores sociales y emocionales que los van moldeando y modificando.

1.1.2.2. Estrés.

El estrés es uno de los factores que esta intrínsecamente relacionado con el bienestar o malestar de un individuo, y es un término que ha estado relacionado constantemente con la salud mental desde el siglo pasado, especialmente en la cultura occidental

Una definición de estrés dice que es un “estado psicofísico que experimentamos cuando existe un desajuste entre la demanda percibida y la percepción de la propia capacidad para hacer frente a dicha demanda” (González García, 2006, p. 8). Es decir, es una reacción no adaptativa a un agente estresor, que puede ser interno o externo.

Por su parte, Myers (2005), afirma que el estrés “desvía la energía del sistema inmunológico, lo cual hace que una persona sea más vulnerable a las infecciones y a las enfermedades malignas” (p. 546). Esta aseveración ha sido respaldada por la investigación científica, la cual ha mostrado que el estrés no adaptativo disminuye la capacidad del organismo para hacer frente a las amenazas sobre la salud, y se ha llegado a observar que las reacciones fisiológicas asociadas al estrés actúan como catalizadores de enfermedades (Benjamín, 2000).

De igual manera, como sucede con las enfermedades físicas, el estrés no es causante directo de los trastornos mentales, pero, como afirma Wollis (2010), “parece incrementar la severidad de los síntomas en las personas con predisposición para estos desordenes (…) puede ser un factor que determine cuando los síntomas mejoran o empeoran” (p. 20).

Si bien los agentes estresores pueden ser muchos y variados, como la pérdida de un ser querido, la enfermedad de un hijo, el perder el empleo o el adeudar dinero, su efecto como factor influyente en el desarrollo de la salud mental parece ser decisivo y debe ser tomado en cuenta como uno de los principales aspectos sobre los que trabajar al buscar la recuperación de un individuo aquejado por un trastorno mental.

Los adolescentes no están inmunes a los efectos del estrés, tal como se lo ha definido en los párrafos anteriores. Resulta que para los jóvenes: la presión de los pares, de los medios de comunicación, de las redes sociales virtuales, así como el bullying, el inicio de la sexualidad, la desintegración familiar, la migración, entre otros factores, han sido generadores de un ambiente en el que el adolescente está sometido a un constante estrés.

Factores como los mencionados permiten afirman que la adolescencia se ha convertido, actualmente, en una las etapas de vida del ser humano con mayor estrés.

1.1.2.3. Apoyo social.

De entre los varios factores que parecen influir sobre la salud de los individuos, uno que está siendo muy considerado en las últimas décadas es el apoyo social, debido a la importancia que se está dando a las relaciones sociales como atributos vitales que contribuyen a la salud mental de la persona.

Es así que, el apoyo social es definido como “el conjunto de relaciones interpersonales que implican afecto y ayuda emocional (…), instrumental (…), e informacional (…), así como afirmación personal a partir de esa relación” (Leturia et al., 2001, p. 138).

Así mismo, el apoyo social es brindado en principio por las redes sociales primarias y naturales como son la familia, los amigos y allegados, los compañeros de trabajo, los vecinos, los compañeros espirituales, etc.; y en segundo término por las redes sociales organizadas como las instituciones sanitarias, de acogida, de voluntariado, y la Seguridad Social (Maté, González, y Trigueros (2010).

De la misma forma, el apoyo social contrarrestaría los factores estresantes, si este es positivo; o los agravaría si no está presente. De este modo, dos modelos explicarían la asociación entre apoyo social y salud: el modelo del efecto directo, según el cual los niveles de salud son favorecidos por el apoyo social sin que se tome en consideración la variable del nivel de estrés; y, el modelo del efecto amortiguador que postula que el apoyo social y los efectos de los eventos estresantes están inversamente relacionados (Castro, Campero y Hernández, 1997).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, el apoyo social es vital para el desarrollo sano de una persona, sumando a otras variables que podrían presentarse, pero adquiere especial relevancia si se considera que los trastornos mentales, suelen mostrar los primeros síntomas durante la adolescencia, al igual que sucede con los problemas de conducta.

La familia y los pares son los principales apoyos sociales que están presentes para el adolescente, por el contacto cercano que suele producir la crianza, la paternidad, la filialidad y la relación de amistad, constituyéndose en factores determinantes para una buena la salud mental.

1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.

La inflexibilidad psicológica es definida como:

> la incapacidad para ajustar el comportamiento sobre la base de su utilidad en la consecución de los fines deseados, incluyendo no ser capaz de cambiar un comportamiento cuando el cambio es necesario y no ser capaz de persistir en un comportamiento cuando se necesita (Salgado, 2015).

De igual modo, la rigidez o inflexibilidad psicológica es un concepto que viene de la mano con la tercera generación de las terapias conductuales, especialmente de aquella conocida como terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en ingles), que relaciona la inflexibilidad con la evitación experiencial. Sin embargo, “la inflexibilidad psicológica es un concepto más amplio que la evitación experiencial pues involucra experiencias privadas negativas así como positivas y neutrales” (Ruiz et al., 2013).

Los estudios sobre la inflexibilidad psicológica y su relación con la salud mental han mostrado que este factor está vinculado con ciertas psicopatologías. Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky (2008), mencionan que procesos como los pensamientos repetitivos y recurrentes, la preocupación, la perseverancia de comportamientos, así como la relativa incapacidad para recuperarse de eventos estresantes, la dificultad para la planificación y para pensar en el futuro, conforman la estructura de la inflexibilidad psicológica en su aspecto negativo, y son estas características las que menoscaban el funcionamiento mental saludable de la persona.

Por otra parte, la flexibilidad psicológica, que resulta el lado opuesto y positivo de la inflexibilidad, vuelve al individuo más versátil y experto en la ejecución de tareas que requieren atención y energía (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999).

Es por lo citado que, algunos autores sugieren un continuo que va desde la inflexibilidad, pasando por la falta de sensibilidad contextual, la rigidez, hasta la flexibilidad (Kashdan, 2010).

Dentro de este marco, se puede concluir, que muchos desórdenes mentales tienen lugar cuando las relaciones del individuo con su medio se rompen y las respuestas se vuelven invariables y estereotipadas.

Se tiene conocimiento de que la depresión y los desórdenes de ansiedad tienen fuertes componentes de inflexibilidad mental como parte de su psicopatología. No obstante, se requiere mucha más investigación para relacionar directamente este factor con los desórdenes en la salud mental, aunque la evidencia psicológica actual así lo sugiere.

1.1.2.5. Compromiso vital.

Al igual que en el caso de la inflexibilidad psicológica, el concepto de compromiso vital está vinculado con la aparición de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y su propuesta teórica, por parte de Hayes y sus colegas, la cual relaciona la conciencia del aquí y el ahora con las acciones promovidas por lo valores personales (Hayes, 1999).

No obstante, el compromiso por la vida ha existido como tal desde la misma aparición del hombre, y ha estado ligado a las manifestaciones de salud tanto física como mental.

Álvarez (1999), nos dice que compromiso hace referencia a:

> La implicación con la meta elegida, a la actitud de elegir el camino vital en función de los valores personales propios de manera que esa “realidad psíquica individual” que cada uno de nosotros construimos, se convierta en un compromiso vital lleno de sentido; en una palabra, en una vida vivida en plenitud y con sentido de lo que se vive en cada momento.

Los valores se correlacionan con el compromiso vital, dándole fundamento, fortaleciéndolo. Reconocer los valores positivos que posea el individuo y vincularlos con el trabajo, las relaciones personales y el tiempo de ocio, favorece el establecimiento de potencias que ayudan al ser humano a enfrentar la vida diaria de una manera eficaz y provechosa, promoviendo un estado de satisfacción física y mental que tiene mucho que ver con la resistencia a las enfermedades del cuerpo y de la mente (Pastor, 2012b).

1.1.2.6. Resiliencia.

El concepto de resiliencia fue acuñado por Sir Michael Rutter, en los años 70 del siglo XX, superando el concepto de invulnerabilidad psicológica que imperaba por entonces, usando

para ello, los datos que se tenían sobre las diferencias individuales en situaciones de riesgo, los estudios sobre temperamento y las diferencias al enfrentar las situaciones de la vida (Saéz, 2013).

Es así que para Rutter (1993), la resiliencia:

> Se comprende como la variación individual en la manera en la que las personas responden a los riesgos a lo largo del tiempo (…) [y] constituye, técnicamente hablando, la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva" (pp. 626-631).

Del mismo modo, Cabrejos (2005), menciona que el termino caracteriza "a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos" (p. 51).

Mientras que Fernández D'Adam (2004), amplia el término, al designar a la resiliencia como:

> La capacidad del individuo, de un grupo, de una institución o de una comunidad para enfrentar adecuada y efectivamente situaciones de adversidad, crisis o de riesgo a través de recursos internos de ajuste y afrontamiento innatos o adquiridos y que permiten neutralizar y sobreponerse a la situación y además salir enriquecido con la experiencia" (p. 50).

Y en cuanto a los niños y adolescentes, ¿Cómo se construye su resiliencia? Esquerda (2012) señala que la investigación llevada a cabo hasta la fecha muestra la importancia de la actitud y los valores de un adulto significativo para el niño o joven, que lo apoye incondicionalmente, crea en él y en su capacidad para hacer frente a la adversidad o a la situación problemática. Este adulto generalmente está dentro de su familia, o puede ser, también, un educador o un terapeuta. La relación con este adulto fomenta la resiliencia, incrementando la autoestima del niño o adolescente, mediante palabras motivadores y de aprobación, que es otro rasgo de un individuo resiliente. Otras características significativas que menciona la misma autora son: la capacidad de introspección, la independencia individual con respecto al medio donde se desenvuelve, y la capacidad de relacionarse con otras personas (pp. 136-138).

Adicionalmente, los estudios sobre resiliencia con adolescentes han mostrado que esta se relaciona con la salud mental y la recuperación, y representa un factor positivo para prevenir y superar las drogodependencias (Marcos Pérez, 2013, pp. 47-48).

Por consiguiente, la resiliencia no es un actividad pasiva, sino un proceso que va de la mano de algunas variables, como las mencionadas en el párrafo anterior; por lo que, puede cambiar con el tiempo y las circunstancias.

Sin embargo, cuanto más difícil ha sido la situación superada, más fuerte y afianzada será la resiliencia resultante. Los niños y adolescentes que superan situaciones difíciles, mostraran, potencialmente, una mayor competencia para superar eventos adversos en el futuro.

1.1.2.7. Ansiedad y depresión.

Para los adolescentes, las demandas sociales y la toma de conciencia de sí mismos, que son rasgos propios del desarrollo en esta edad, afectan la manera en que el individuo se autovalora; y cuando esta autovaloración resulta negativa, suelen producirse consecuencias en la autoestima, en la satisfacción personal, en la manera que enfrenta el fracaso y las situaciones estresantes, provocando muchas veces malestar físico y mental, caracterizado en muchas ocasiones por ansiedad y depresión (Mingote y Requena, 2008, pp. 18-19).

El concepto de ansiedad es motivo de desacuerdo entre los expertos, principalmente por que en los diferentes idiomas existen palabras similares pero con connotaciones diferentes, aunado al hecho de que el termino se ha popularizado tanto que sus límites no son claros, diluyendo su significado; de modo que una definición lo suficientemente abarcadora y amplia, a la vez que precisa, aun no es posible (Polaino-Lorente, Cabanyes y Del Pozo, 2003, pp. 376-377).

Sin embargo, autores como Bermúdez et al. (2012), se aproximan a una definición, afirmando que la ansiedad es:

> Un patrón de respuestas cognitivas (preocupación, inquietud, malestar, desasosiego, etc.), fisiológicas (alto grado de activación del sistema nervioso autónomo), y motora o conductuales (…) [que] muestran en muchas ocasiones una faceta adaptativa (psicológica y biológica) esencial para dar respuesta adecuada ante situaciones de peligro o amenaza de la propia supervivencia” (p. 253).

Por otra parte, la respuesta adecuada a la que se refieren estos autores, puede ser normal o patológica. La diferencia para ambos casos la dicta “el nivel de sufrimiento personal y el grado de interferencia que causa en las actividades” de la vida diaria (Bermúdez et al., 2012). Asimismo, Chapman (2007, p. 27), sugiere que la ansiedad normal es aquella que ayuda al

individuo a actuar de modo que funcione mejor, mientras que la patológica es aquella que impide a la persona hacer o sentir como ella desea hacer o sentir.

Por su parte, Spielberg (1977, citado en Valdés y Flórez, 1996), diferencia entre ansiedad estado y ansiedad rasgo, tomando como base la duración de los cambios fisiológicos y conductuales. La ansiedad rasgo es una característica estable a lo largo del tiempo y las circunstancias, refiriéndose, esencialmente a la tendencia de una individuo a percibir las situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder ante estas con ansiedad; mientras que la ansiedad estado, es una condición transitoria y fluctuante, que dependerá de cómo percibe la persona la situación (Guillamón, 2004).

De acuerdo a Fernández (2007), el inicio de la pubertad supone para el individuo una serie de cambios corporales y psicológicos que suelen generar reacciones ansiosas por los factores de riesgo asociados a esta etapa del desarrollo. Por ejemplo, la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la conciencia de la relación social con los pares y su necesidad de pertenencia al grupo, el deseo de independencia de los padres, y la emergencia de la sexualidad, suelen ser situaciones que provocan ansiedad en el adolescente, y que pueden, en potencia, volverse patológicas.

Junto con la ansiedad, otro problema de salud mental de frecuente prevalencia en todos los grupos de edad, es la depresión. Varios estudios han establecido que existe una cercana correlación entre los trastornos de ansiedad y la depresión. Gorman (1996), por ejemplo, refiere que un alto porcentaje de pacientes con desordenes de ansiedad presentan síntomas de depresión y que un alto porcentaje de pacientes con depresión muestran síntomas de ansiedad. Asimismo, Ninan y Berger (2001), indican que “los trastornos de ansiedad pueden constituir factores de riesgo para el desarrollo de depresión”.

Dentro de este contexto, para la OMS (2015), la depresión es “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Se suele considerar un problema patológico cuando los síntomas duran más de dos semanas.

Mientras que, clínicamente la depresión se la considera según el cuadro de gravedad, y su sintomatología esta acertadamente descrita en los manuales de medicina, psiquiatría y psicología, como el DSM (V, su versión actual) y el CIE 10. Dentro de este marco, MacDowell y Hostetler (2006), brindan una clasificación de las formas que puede tomar la depresión; así, mencionan que esta puede ser primario o secundaria, ocurriendo la segunda como parte de

otra condición o enfermedad, y la primera presentándose sin estar asociado a alguna enfermedad o trastorno; esta a su vez puede ser bipolar (caracterizada por estados de ánimo que fluctúan entre la tristeza extrema y la felicidad exultante) o unipolar (definida por un estado depresivo solamente) (pp. 71-72).

Al igual que los trastornos de ansiedad, en todos los tipos de depresión se producen cambios bioquímicos y emocionales, que alteran gravemente la vida del afectado, y cuyas causas y síntomas, de no ser tratados, suelen tener un desenlace fatal (Luciani, 2001, p. 47).

Lo anterior quiere decir que las causas de la depresión son múltiples, interviniendo factores genéticos, fisiológicos, ambientales, y de personalidad. Por ende, para el adolescente, estos factores se traducen en estrés producido por situaciones como la muerte de un ser querido, el maltrato, la ruptura con el novio o la novia, el bullying, la mala comunicación con los padres y hermanos, e inclusive el fracaso escolar; que al relacionarse con una baja autoestima o una concepción negativista de la vida pueden facilitar el desarrollo de una depresión (Cuevas, 2007).

Cabe mencionar que para la mayoría de la población adolescente, la depresión es transitoria y según Goldenring (2005), es un estado “común (…) como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con este, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres”. No obstante, se da una incidencia de trastornos depresivos graves en torno al 5% de la población adolescente, con un alto índice de suicidios, como resultado principalmente de la falta de tratamiento adecuado.

Asimismo, tanto la ansiedad como la depresión pueden estar relacionadas con el consumo de drogas y alcohol, ya sea como causa o como consecuencia. Para el adolescente en riesgo, las sustancias estimulantes o estimulo-depresoras pueden resultar en el medio para escapar de su realidad. En la mayoría de ocasiones este comportamiento termina por agravar la condición y, como se ha mencionado, puede llevar al adolescente a caer en una dependencia, con las secuelas que esto conlleva.

De acuerdo a lo analizado en los párrafos anteriores se puede considerar a la adolescencia como una etapa crítica, en la que factores como los mencionados pueden afectar la salud mental del individuo y su relación con el entorno.

1.1.2.8. Satisfacción vital.

Otro de los factores que está siendo considerado como parte integral de la salud mental es la satisfacción vital, que de acuerdo a Antaramian y Huebner (2009) es el elemento más

cognitivo del bienestar subjetivo de un individuo y “corresponde a la evaluación global respecto a la totalidad de la propia vida”.

De nodo análogo, para Pavot et al. (1991), “la satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas”.

Por otra parte, Diener et al. (1999), argumentan que “la base de la satisfacción vital está en la percepción que tiene la persona de sí misma y del entorno en el que vive, por lo que elementos como las autopercepciones y rasgos de personalidad serán cruciales para determinarla”. Por ende, variables psicológicas como “la extraversión, la introversión, el neuroticismo, la autoestima, la euforia, la disforia, la sociabilidad y los sentimientos de soledad y felicidad, entre otros”, están relacionados con las satisfacción vital (Atienza et al., 2000).

Del mismo modo, la satisfacción vital esta interrelacionada con lo que Wilson y Cleary (1995), denominan “calidad total de vida”, que se define como un indicador global que muestra el impacto de las situaciones estresantes y de salud sobre la vida de la persona (Testa y Simonson, 1996).

Por consiguiente, la satisfacción vital es importante para el funcionamiento psicológico, social y educacional durante la adolescencia, pues se correlaciona con la salud mental y física del joven en desarrollo a través de la autoestima, el autoconcepto y la autovaloración como productos de la percepción del apoyo social y familiar.

1.2. Consumo de drogas

1.2.1. Consumo problemático de drogas

Uno de los problemas más graves que enfrentan las sociedades de todo el planeta es el consumo de drogas y alcohol. El consumo problemático de drogas, de acuerdo al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) del Gobierno de Chile (2011), se refiere al “uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros”.

Es así que Touzé (2010), afirma, que el uso de drogas se vuelve problemático cuando afecta negativamente a la persona en su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias

(familia, pareja, amigos) y secundarias (compañeros de trabajo, de estudio), y sus relaciones con la ley. La autora añade además, que la problemática suele estar relacionada con dificultades personales o familiares, sociales y/o económicas.

En este contexto, el consumo problemático de drogas puede producirse por el uso de drogas legales (medicamentos recetados y no recetados, alcohol, tabaco, pegantes, solventes, etc.) o ilegales (cocaína, marihuana, crack, éxtasis, etc.) con consecuencias nocivas para el consumidor y las personas que lo rodean, siendo más graves cuando el afectado es un adolescente, debido a la etapa de desarrollo físico, emocional y psicológico por la que está transitando, que usualmente suele agravar la condición y la problemática (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004).

Por ende, resulta relevante la relación que se ha encontrado entre el inicio del uso de drogas legales como el alcohol o el tabaco, con el posterior consumo de drogas más fuertes, mas adictivas y más dañinas, considerándose a estas sustancias como “drogas puente” (Bartolomé y Rechea, 1999, pp. 64-66).

En el Ecuador, se observan tendencias similares en cuanto al consumo problemático de drogas en adolescentes de 12 a 17, siendo la marihuana y la cocaína las drogas ilegales más consumidas y que mayor problemática generan, según el CONSEP (2013).

De acuerdo a la información considerada, se puede asumir que el consumo de drogas es una variable relevante para el análisis de la salud mental en los adolescentes, debido a la estrecha relación que existe entre el uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales y el surgimiento de patologías psicológicas que afectan la vida del usuario y de quienes forman parte de su entorno

1.2.2. Consumo problemático de alcohol

Como se menciona en el apartado anterior, el problema de consumo problemático tiene que ver también con el alcohol, que es una droga de uso legal y extensamente usada en todas las sociedades.

Es así que, para la OMS (1994), el consumo problemático de alcohol se define por “un patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales (…) que (…) se usa como sinónimo del concepto de alcoholismo en sus fases iniciales o menos graves”.

Paralelamente, Martínez (2015), en la revista electrónica INFOSALUS, menciona que el consumo problemático de alcohol está determinado tanto por la cantidad que la persona bebe

(aunque no necesariamente por exceso, ni por dependencia), como por las consecuencias negativas personales, familiares, sociales y legales que pueden generarse de dicho acto. Un consumo se vuelve problemático cuando estando bajo la influencia del alcohol se es proclive a causar daño físico o psicológico a sí mismo o a otros, alterar la relación con la familia y los amigos, afectar la situación laboral o estudiantil, producir problemas de oposición a la autoridad, la ley y la sociedad; a la vez que se afecta la salud física y mental.

De hecho, las estadísticas actuales, en cualquier país, muestran un alto porcentaje de consumo de alcohol en los adolescentes, y cada vez a edades más tempranas (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009, pp. 171-182). Es así que el beber alcohol para desinhibirse y socializar en reuniones grupales suele ser una conducta que la asume el adolescente indistintamente de su género, y que fácilmente puede convertirse en una situación de riesgo y en un problema de salud pública. Por ejemplo, la “costumbre” de beber en exceso los fines de semana, en casas particulares, centro de diversión, o la vía pública, y que es vista como deseable por los jóvenes, puede resultar en el puente que conduce a graves consecuencias psicofísicas y psicosociales a corto, mediano y largo plazo.

Por lo anterior, se puede afirmar que el consumo de alcohol durante la adolescencia genera una grave problemática de índole individual y social que puede afectar potencialmente a la salud mental y física del adolescente que hace uso de este

1.2.3. Causas del consumo de drogas

Las causas y factores que llevan al consumo de drogas[1] tanto en adultos como en adolescentes, son muchas y diferentes. Se han propuesto varios modelos que explicarían el por qué una persona decide consumir drogas y “engancharse” con ellas. Uno de los que cuenta con mayor aceptación es el modelo biopsicosocial. Según Martínez Ruiz y Rubio Valladolid (2002), este modelo consta de tres elementos claves:

> La causas biológicas… [que] incluyen los elementos de vulnerabilidad hereditaria y de los mecanismos biológicos relacionados con el refuerzo. Las causas psicológicas [que] comprenden los procesos relacionados con las expectativas de uso y con los factores implicados en la continuación del consumo. Y, los factores sociales [que se refieren a] los elementos sociales que favorecen el aprendizaje de su uso y lo refuerzan (p. 27).

[1] Las drogas consideradas en este apartado son tanto las legales como el alcohol como las ilegales como la cocaína y la marihuana.

De acuerdo a Álvarez Vélez (2010), los factores biológicos explicarían un porcentaje muy bajo del inicio y mantenimiento del consumo de drogas y alcohol, aunque los hijos de padres consumidores tienen mayor probabilidad de tener problemas con el consumo; mientras que los factores socio-culturales serian determinantes para la disposición hacia su uso, al haber normalizado y legalizado drogas como el alcohol y el tabaco, por ejemplo, tolerando su uso y predisponiendo al abuso y a una potencial relación puente con drogas más fuertes y peligrosas; y, por último, los factores psicológicos, serían tan relevantes como los sociales y culturales, como el aprendizaje vicario (ver a adultos consumir, potencia el uso de drogas del niño o adolescente en el futuro), la impulsividad y la búsqueda de sensaciones (cuya relación con el consumo de drogas ha sido ampliamente estudiada), la autoeficacia percibida, la autoestima, y otras características, que bajo determinadas circunstancias facilitarían el uso peligroso de drogas y alcohol.

En la misma línea, Pedersen (1990, citado en Rice, 1997, pp. 412-414), hace algunas precisiones sobre las causas del consumo de drogas por los adolescentes, mencionando tres tipos de consumos: el recreativo-social, cuando ocurre principalmente para socializar entre amigos y conocidos, y donde las drogas usadas no son adictivas, y no se espera un aumento en la intensidad y la frecuencia del consumo; el consumo experimental, motivado por la curiosidad y el deseo de tener nuevas sensaciones, no suele ser diario, y no es usado para escapar de situaciones problemáticas personales, pero hace uso de drogas potencialmente adictivas; el consumo circunstancial-situacional, que hace uso de drogas para un fin determinado, como mantenerse despierto o dormir, suele hacerse continuamente y por largos periodos de tiempo; el consumo intensificado de la droga, que es de alta frecuencia e intensidad, produce dependencia fisiológica o psicológica, y suele ser motivado por la búsqueda de alivio a algún problema físico o psicológico; y, el consumo compulsivo, que suele hacérselo como una forma de rebelión, protesta o insatisfacción personal o familiar, por placer o diversión, por la presión de amigos, por liberarse de tensiones o ansiedades, por escapar de problemas o incapacidad para enfrentarlos.

Actualmente, se analiza la influencia de la familia en su conjunto como ambiente protector o de riesgo para el consumo de drogas por parte del adolescente. Las complejas interacciones relacionales que se producen durante la emergencia del niño hacia la adultez dentro de la familia, y las propias características psicológicas del adolescente, sumado al tipo de relaciones que establezca con su pares y figuras de autoridad no parentales, son buenos predictores de si se iniciara el consumo de drogas y su posterior continuidad de uso o rechazo.

1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas

Dado que el consumo de sustancias psicoactivas genera cambios a nivel del sistema nervioso central existen consecuencias tanto físicas como psicológicas en el individuo que las usa. Por aquello, González Clavero (2008, p. 132), afirma que el consumo de drogas y alcohol está acompañado de “conductas de riesgo que generan problemas muy graves tanto para la salud como para la convivencia entre las personas”.

De hecho, dependiendo del tipo de droga, el tiempo de consumo y las causas para su uso, las consecuencias pueden ir desde relativamente insignificantes como una leve resaca hasta fatales como la dependencia y la muerte; y son de carácter personal (principalmente la salud), familiar, social, laboral o estudiantil, y legal.

En relación con este tema, Espada et al. (2003), enlistan algunos de los problemas puntuales y sus consecuencias, derivados del consumo de drogas legales e ilegales, mencionando las siguientes:

- *intoxicación*, usualmente en el consumo del alcohol (embriaguez), que causa descoordinación, agresividad, episodios de pérdida de conocimiento, y en casos graves coma e inclusive la muerte.
- *problemas escolares*, pues el consumo de alcohol o drogas repercute en el rendimiento educativo según lo revelan varias investigaciones.
- *sexo no planificado*, que suele suceder en un alto porcentaje durante o después del consumo de drogas o alcohol, y que puede traer secuelas como un embarazo no deseado o la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual, lo cual parece ocurrir por la acción bloqueadora de la conciencia, la memoria y la moral de las drogas, a pesar del volumen de información sexual de que disponen los adolescentes actualmente.
- *accidentes de tráfico*, producidos por la desinhibición, la euforia, la descoordinación refleja, y la perdida de percepción, que son productos del consumo de la droga o el alcohol.
- *problemas legales*, originados por conducta agresiva y antisocial, el daño de bienes públicos o privados, la conducción de vehículos sin licencia, o riñas callejeras o domiciliarias.
- *problemas afectivos*, que se manifiestan usualmente como depresión y en casos más graves con intentos de suicidio o la autolisis.

- *drogadicción y drogodependencia*, que se desarrollan, muchas veces, sin que el individuo se dé cuenta, y que se constituyen en las consecuencias que más afectan al individuo y a la sociedad.

Para el adolescente, el consumo persistente de drogas tiene efectos a corto y a largo plazo. Hay que tomar en cuenta que la adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo físico y psicológico, durante la cual, la introducción de variables como las sustancias euforizantes o depresoras, puede afectar de manera permanentemente órganos y sistemas. Varios estudios e investigaciones han comprobado el efecto nocivo de las drogas y el alcohol sobre el cerebro, el hígado y el sistema reproductor (Fernández, 2007, p. 227). Si bien en el inicio del consumo y en sus primeras etapas los daños pueden ser menores, dependiendo de la frecuencia y la cantidad ingerida, el riesgo de incurrir en una dependencia y en perjuicios mayores para la salud es alto, y más aún, mientras más joven sea la persona.

1.3. Adolescente

1.3.1. Desarrollo biológico

El ser humano atraviesa por diferentes etapas como parte natural de su desarrollo vital. Una de las más significativas, por la cantidad y la calidad de cambios tanto a nivel físico como a nivel psicológico es la adolescencia, que inicia físicamente, con la emergencia de los caracteres sexuales primarios y secundarios (pubertad) y se continua por unos diez años aproximadamente, hasta que el individuo alcanza su madurez corporal y psicológica.

Por tanto, Aguirre Baztán (1994), dice muy acertadamente, que “el desarrollo biológico de un ser humano, es un proceso complejo que inicia en la concepción y termina con la muerte”.

De esta manera, los cambios hormonales que generan el inicio de la pubertad, en realidad se presenten ya a los 6 a 8 años de edad con la adrenarquia, que si bien precede a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gónada, produce un aumento de hormonas precursoras (DHEA y DHEAS) de las hormonas sexuales. Entre los 10 y 15 años, aproximadamente, las hormonas sexuales (FSH, SH, estradiol, testosterona, progesterona y andrógenos renales), comienzan su actividad, provocando cambios corporales como el crecimiento de vello axilar y púbico, el incremento de la secreción sebácea y el desarrollo de olor corporal, a la vez que inicia un incremento en la estatura, el peso; y, la densidad ósea y muscular (Iglesias Diz, 2013).

Se presentan, entonces, los caracteres sexuales primarios propios de la pubertad, en los órganos de la reproducción:

> En las niñas el útero crece y el revestimiento de la vagina se hace más grueso, [y] estos órganos continuando madurando durante toda la pubertad. En los varones, los testículos comienzan a crecer y, alrededor de un año después, el pene se alarga y el escroto se hace colgante (Berger, 2007, p. 443).

Junto con los caracteres primarios, aparecen los caracteres sexuales secundarios, o extra genitales. En las niñas se produce la maduración de los óvulos en los ovarios que al ser liberados por primera vez producen la menarquia (primero ovulación), además la glándulas mamarias se desarrollan, crecen los senos, las caderas se ensanchan, la grasa corporal se deposita en los glúteos y muslos (forma de una pera), y la piel se muestra suave y aterciopelada, con poco vello facial y corporal. En los varones, aumenta la masa muscular y la fuerza física, crece abundante vello facial y corporal, la voz se vuelve grave, el tórax se ensancha, la piel se torna gruesa y áspera, el pene adquiere mayores dimensiones y la grasa tiende a acumularse en la cintura (Perinat et al., 2003).

Con el inicio de la pubertad, se vuelven posibles la paternidad y la maternidad. Los cambios hormonales se van estabilizando hacia el final de la adolescencia, alrededor de los 18 a 22 años, y el desarrollo biológico tiene su punto máximo y culminante por el mismo periodo.

1.3.2. Desarrollo social

Junto con los cambios físicos el niño que entra a la pubertad, inicia una aventura hacia la independencia personal. Coincidiendo con las variaciones hormonales y el desarrollo psicológico, el comportamiento social del niño va mudando desde una percepción egocéntrica de las relaciones con los seres que le rodean hasta un comprensión lógica de las funciones sociales (Schaffer, 2000, pp. 430-431).

Es así que, el desarrollo social para el adolescente comienza en el mismo individuo, con la formación de su autoconcepto, que viene determinado por las interrelaciones psicosociales que ha tenido con los miembros de su familia, especialmente con los padres y sus estilos educativos, así como con sus prácticas de crianza (García Madruga y Delval, 2010, p. 362).

De esta manera, para Delval (2008), la afirmación de esta característica en la personalidad del niño, hace que se produzca un rechazo hacia sus progenitores, aun cuando sigue siendo dependiente de ellos (y lo será incluso hasta un tiempo después del fin de la adolescencia, en la mayoría de los casos). Este rechazo, produce una ruptura de la identificación con los

padres, que suele ser compensada dirigiendo su atención hacia figuras de dimensión simbólica (cantantes, actores, artistas), o hacia creencias o ideales más abstractos (culturas, modas, movimientos socioculturales, religión), pero principalmente por el establecimiento de nuevas y fuertes relaciones afectivas con chicos de su misma edad (amigos), que antes no eran más importantes que la familia. Emerge también la relación sentimental de pareja, y el descubrimiento del amor y las relaciones sexuales. Todos estos comportamientos pueden resumirse en la necesidad y el deseo del niño de formar parte del mundo de los adultos (pp. 547-575).

Sin embargo, para la mayoría de adolescentes y sus familias, esta transición suele ser fluida y con pocos inconvenientes. Sin embargo, el proceso de socialización presenta riesgo, cuyas consecuencias dependen de la personalidad y antecedentes del adolescente. Las nuevas relaciones pueden facilitar el uso de drogas, con los peligros que ello conlleva; los embarazos no deseados, que según las estadísticas mundiales y nacionales sigue siendo demasiado numerosos; el uso de la violencia física como forma de manifestación emocional; la deserción escolar; la depresión y el suicidio. Estos problemas suelen presentarse en la adolescencia como producto de, entre otros factores, las relaciones sociales que establece el adolescente.

Asimismo, otra característica del desarrollo social, es la reafirmación de su género. La presión social y familiar, establece en la niña o el joven los parámetros de comportamiento social propios de su sexo, característica cultural que aún está muy arraigada en Latinoamérica. Los varones tienden hacia determinados estereotipos de comportamiento social y las niñas hacen lo propio.

Ahora bien, al final de la adolescencia, la mayoría de conflictos suelen estar resueltos o lo estarán en los años próximos posteriores, siempre que el adolescente no haya caído en alguna problemática grave. La relación con los padres, suele tomar otro tinte. Poco a poco, la independencia ha ido ganando terreno, y la necesidad de protección de una y otra parte ha ido cediendo hacia una manifestación de respeto y autonomía, que permiten al adolescente asumir su rol como un adulto más dentro de la sociedad, con su propio aporte de valores y perspectivas vitales.

1.3.3. Desarrollo psicológico

De la mano con el desarrollo físico y social del adolescente, viene el desarrollo psicológico. El incremento que ha ido produciendo en las conexiones neuronales, desde el nacimiento hasta el inicio de la pubertad, permite que el niño pase a un proceso de apertura hacia potencialidades, que según Barberá et al. (2007):

> Posibilitan el acceso progresivo al ejercicio pleno de la autonomía personal y social…[mediante] un amplio conjunto de instrumentos y recursos psicológicos que abren la puerta a las formas de interpretación y actuación autónoma y autorregulada sobre uno mismo y sobre el entorno físico, interpersonal y social (p. 124).

Una buena manera de entender esta apertura es la teoría piagetiana, que habla del aparecimiento del pensamiento formal. El niño pasa de la etapa de las operaciones concretas, centradas en los objetos en sí mismos, a la etapa de las operaciones formales, que permite el surgimiento del pensamiento abstracto.

Es así que, para Gumucio (s.f.), en esta etapa, el individuo alcanza logros como: el pensamiento y razonamiento autónomos de la realidad física, el uso de la lógica en la toma de decisión y en la resolución de problemas, la comparación de hipótesis con hechos, y el metapensamiento.

Como consecuencia, el pensamiento hipotético-deductivo, con el que cuenta ahora el adolescente afecta varias áreas de su psiquis. El joven se vuelve introspectivo, analítico y autocritico, lo cual se manifiesta en las expresiones de rebeldía, típicas de esta edad. Por otra parte, el egocentrismo del inicio de la adolescencia, que se muestra como una preocupación constante por sí mismo y su apariencia, creyendo que todos están pendientes de ella, va dando paso de a poco a la madurez emocional del final de la adolescencia. A su vez, el cuestionamiento de su código de valores, va de la mano con el descubrimiento y afianzamiento de su propia identidad; de aquí parte la autorevelación de su sexualidad, la definición de su proyecto vital, y el establecimiento de relaciones significativas con personas que no son miembros de su familia.

Por su parte, Dueñas (2011), resume el desarrollo de las características psicológicas de la adolescencia en ocho factores:

- La imaginación: que refleja la realidad y se vuelve productiva, apareciendo dos tipos de imaginación: la creadora y la constructiva.
- La memoria: con un incremento de la memoria voluntaria, la memoria lógica y la memoria verbal, que favorece la intelectualización, y los procesos de memorización.
- La percepción: que se vuelve reflexiva, permitiendo el establecimiento lógico de causa y efecto de las relaciones.
- Emociones y sentimientos: que presentan una gran excitabilidad, produciendo experiencias ricas, complejas y contradictorias, apareciendo, además, los sentimientos de amor y el deseo de formar pareja.

- La motivación: que se desarrolla debido a que los intereses cognitivos se transforman en intereses teóricos, base para la elección y la consecución de un futuro profesional y el reconocimiento social.
- El pensamiento: concretizado en reflexiones fundamentadas en conceptos, elaboración de hipótesis y juicios lógicos.
- La voluntad: expresada por la evolución hacia una actitud autocritica, y el desarrollo de independencia, iniciativa, y decisión.
- La conciencia moral: como resultado del proceso de crianza, pero modificada por las propias experiencias y por la opinión de sus pares o alguna figura simbólica significativa.

No obstante, dentro del proceso de desarrollo psicológico pueden presentarse también anomalías, producto de la herencia o de circunstancias familiares o sociales adversas. Varios trastornos psicológicos suelen aparecer en esta etapa de la vida, y es bien conocida la relación entre adolescencia, depresión y suicidio. Los desórdenes alimenticios y los desórdenes conductuales, también tienen base en los procesos de desarrollo psicológico y social de la adolescencia. Los trastornos que han estado enmascarados durante la niñez, florecen o se agravan durante la adolescencia, como la esquizofrenia, por ejemplo.

Empero, el desarrollo psicológico se produce en conjunción con el desarrollo social y el desarrollo físico, permitiendo la transformación del niño en adulto. El final de la adolescencia implica que estos desarrollos están llegando a su punto máximo. No obstante, el desarrollo psicológico continuará en la adultez, modificándose por la educación, y las experiencias.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1. General.

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental a nivel nacional en los estudiantes de bachillerato.

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 por establecimientos.

2.1.3. Preguntas de investigación

Con el presente trabajo investigativo se pretende responder las siguientes preguntas:

- ¿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 presente trabajo se utilizó el tipo de investigación descriptiva pues se ha identificado y analizado las variables asociadas a la salud mental y al consumo problemático de sustancias estupefacientes además de conocer las situaciones predominantes que caracterizan a la zona rural del cantón Palestina, en la Provincia del Guayas.

2.3. Contexto

La presente investigación se desarrolló en una Unidad Educativa ubicada en el Recinto Yumes, parroquia Palestina, del cantón Palestina, al noreste de la provincia del Guayas

(Figura 1). Esta institución de carácter mixto, educa actualmente a 1.122 estudiantes, repartidos en todos los años de educación básica general y bachillerato, y cuenta con 39 docentes. Dentro de este grupo están los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, en edades comprendidas entre los 14 y los 17 años: La Unidad Educativa oferta dos especialidades, en sección diurna: la especialidad de técnica en contabilidad y la especialidad de técnica en informática.

La Unidad Educativa tiene como misión preparar a los jóvenes con alto espíritu participativo y competitivo para que puedan desempeñarse con éxito y seguridad en sus actividades. Promueve el aprendizaje significativo y práctico dentro del contexto socio cultural de sus estudiantes, así como el uso de la tecnología, la investigación y el desarrollo del pensamiento crítico, las habilidades de desempeño, y actitudes proactivas; mediante metodologías constructivas cognoscitiva que respetan la individualidad en un clima de afectividad y valores.

La visión que posee el Colegio está enfocada en el fortalecimiento del nivel educativo de sus educandos mediante innovaciones pedagógicas que transformen a los estudiantes en personas críticas, creativas, constructivas, investigativas, reflexivas, conscientes de la responsabilidad de su entorno para que generen con ética, moral, eficiencia y conciencia social, en el desarrollo y el progreso de la comunidad y por ende del país.

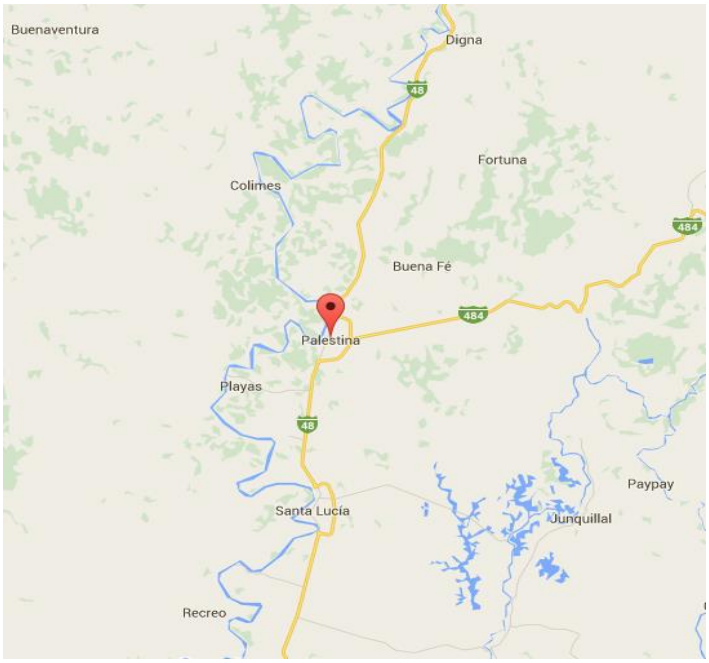

Figura 1. Ubicación de la Unidad Educativa
Fuente: https://www.google.com.ec/maps/place/Palestina/@-1.5832919,80.0004994,11.25z/data=!4m5!1m2!2m1!1sRecinto+Yumes,+Palestina!3m1!1s0x902cf0eef7201fff:0x13d393786891bcc3
Elaboración: Burgos Ochoa, Jaqueline de Jesús

2.4. Población

Se utilizó un muestreo casual accidental no experimental, se determinó una muestra de 64 estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la especialidad de técnica en contabilidad, pertenecientes a la Unidad Educativa seleccionada para la investigación.
La muestra estuvo distribuida según lo muestra la Tabla 1 a continuación:

Tabla 1. Distribución de la muestra

Año de BGU	No. de estudiantes	Género		Edades			
		Masculino	Femenino	14	15	16	17
1º	36	22	14	14	15	7	-
2º	28	9	19	-	7	16	5
TOTALES	64	31	33	14	22	23	5

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

2.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Investigación

2.5.1. Métodos.

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- **El método descriptivo,**
  Que permitió explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- **El método estadístico**
  Que facilitó organizar la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- **Es método transversal**
  Debido a que se centró en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo, que para el presente caso ha sido en el periodo escolar de Mayo a Octubre, correspondiente al primer quimestre académico del año 2015.

2.5.2. Técnicas e instrumentos.

En la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta, que permite recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio, usando una batería de cuestionarios (Ver Anexo 1), que fue aplicada siguiendo los siguientes pasos:

- Se determinó los días y horas para la aplicación de la batería en grupo, que coincidieron con los horarios de clase del profesor designado como tutor de la investigadora.
- En las fechas y horas determinadas, se realizó la presentación de la batería de cuestionarios y se dieron las indicaciones sobre cómo llenarla, poniendo énfasis en la necesidad de veracidad en las respuestas. Se les indico a los estudiantes encuestados que la investigadora estaría dispuesta para responder cualquier inquietud que se presentara durante la realización de la encuesta. Asimismo se les comunicó que disponían de todo el tiempo restante de la hora clase, 35 minutos, para llenar la batería, y que deberían entregar el documento lleno al finalizar ese lapso.
- Se les entrego además de las hojas, un lápiz y un borrador a cada uno de los encuestados y se indicó el inicio a la recolección de datos.
- Durante el tiempo asignado, se resolvieron las dudas que los alumnos y alumnas presentaron, de modo que todos los cuestionarios fueron llenados por completo.
- Al término del lapso dado, se retiraron las hojas y se les agradeció a los estudiantes por su participación en la investigación.

La técnica se aplicó de manera similar a los grupos de estudiantes de la muestra de ambos años de bachillerato en días y horas diferentes, de acuerdo a lo dispuesto por el profesor que fue asignado como tutor.

Los cuestionarios y tests que forman parte de la batería fueron los siguientes:

1. Un cuestionario de variables sociodemográficas. Consta de 20 reactivos, que recogen información del alumno en sobre datos personales y características sociales, como: nombre, edad, peso, altura, nivel educativo, estatus familiar, horas de sueño, ocio y actividad, y salud general.
2. Una Escala de Estrés Percibido. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983). La PSS-14 fue diseñada para su uso en muestras comunitarias con un nivel educativo al menos primario. Los reactivos son fáciles de entender y las opciones de respuesta simples de comprender. Asimismo, las preguntas son de naturaleza bastante general y, por tanto, relativamente libres de contenido que pudiera ser específico para algún subgrupo poblacional.

   Consta de 14 reactivos, que evalúan el grado al cual las personas perciben sus vidas como estresantes. Altos niveles de estrés están asociados con una pobre salud auto reportada, presión sanguínea alta, depresión, y susceptibilidad a las infecciones.

Los sujetos indican cuan frecuentemente encuentran que sus vidas son impredecibles, incontrolables, y sobrecargadas en el último mes, respondiendo a un escala de cinco opciones: Nunca = 0; Casi nunca =1; De vez en cuando = 2; A menudo = 3; y, Muy a menudo = 4, a reactivos como: “En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?”, y “En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?”.

La puntuación se obtiene PSS-14 invirtiendo el valor de los siete reactivos positivos (4, 5, 6, 7, 9, 10, y 13) y luego sumando las puntuaciones de todos los ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

La confiabilidad del test es α = 0.78, y su validez se relaciona predictivamente con otras mediciones de estrés.

3. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011). Es un test que mide de manera general de la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, relacionadas con la psicopatología y la calidad de vida. Consiste de 7 reactivos a los que se responde usando una escala Likert de siete opciones (nunca es verdad = 0; Muy raramente es verdad = 1; Realmente es verdad = 2; A veces es verdad = 3; Con frecuencia es verdad = 4; Casi siempre es verdad = 5; Siempre es verdad = 6). Los reactivos reflejan una aversión a experimentar emociones y pensamientos indeseables (por ejemplo, “Tengo miedo de mis sentimientos”, “Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”) y la incapacidad para estar en el momento presente y dirigir el comportamiento hacia acciones dirigidas por valores cuando se experimenta eventos psicológicos que podrían socavarlos.

   El cuestionario tiene una confiabilidad de α = 0.89; y una validez muy alta.

4. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008). El test para la identificación de desórdenes en el uso del alcohol (AUDIT, por sus siglas en ingles), es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y ampliamente usado para identificar consumo de alcohol riesgoso o peligroso así como la dependencia y el abuso. El AUDIT consta de 10 preguntas que evalúan la cantidad y frecuencia de ingesta de alcohol (reactivos 1, 2 y 3), dependencia del alcohol (reactivos 4, 5 y 6), y problemas relacionados al consumo de alcohol (reactivos 7, 8, 9, 10). Para los reactivos del 1 al 8 se presenta una escala de respuesta tipo Likert que consta de las siguiente opciones: Nunca = 0; Una o menos

= 1; De 2 a 4 veces al mes = 2; De 2 a 3 veces a la semana = 3; 4 o más veces a la semana= 4. Para los reactivos 9 y 10, hay tres opciones de respuesta: No = 0; Sí, pero no en el curso del último año = 2; Sí, el último año = 4.

La puntuación suele ir de 0 a 40 y el punto de corte para la identificación de un consumo de alcohol potencialmente peligroso es 8.

Varios estudios han reportado una consistencia interna promedio (confiabilidad) de α = 0.8; y una validez y correlación alta con otros instrumentos (Meneses-Gaya, 2009).

5. Una Escala de Personalidad Tipo A. Type A Behavior Scale. Consiste de 10 reactivos derivados del análisis del Framingham Heart Study (Estudio del corazón de Famingham, Haynes et al., 1978). Refleja características como dificultad para conducirse y competitividad, presión por el tiempo, autoritarismo y dominancia, necesidad de sobresalir, y comer demasiado rápido¸ teniendo el encuestado que escoger una de las cuatro opciones de respuesta para cinco reactivos (Muy bien = 4; Bastante bien = 3; En parte = 2; o Nada = 1), mientras que otros cinco tienen un formato de respuesta de Si = 1 o No = 0, reflejando esta la orientación al trabajo y la presión por el tiempo de acuerdo al patrón de personalidad tipo A (Hill, 2000).

   Su confiabilidad interna es de α = 0.70, y su validez es alta en correlación con enfermedades coronarias y con la investigación psicológica.

6. Un cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004). Esta escala de 20 reactivos fue diseñada para medir sentimientos de soledad subjetivos también como sentimientos de aislamiento y apoyo social. El evaluado responde a una escala de 4 opciones: Nunca = 1; Rara vez = 2; A veces = 3; Siempre = 4, a preguntas como: "¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?" (reactivo 2); o "¿Con que frecuencia te sientes excluido? (reactivo 11). Este test es una versión revisada de la escala UCLA original de Rusell et al. (1978), en la que se puntúa inversamente 10 de los 20 reactivos (1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20), sumándose todos los 20 ítems para obtener la puntuación total.

   La medida de esta escala tiene una alta consistencia interna (coeficiente α = 0.96) y una correlación test-retest, en un periodo de dos meses, de 0.73.

7. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008). Este test valora la resiliencia mediante 6 reactivos, tres negativos y tres positivos. Los reactivos 1, 3 y 5 están redactados de manera positiva (por ejemplo: "Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles") y los reactivos 2, 4 y 6 están redactados negativamente (por ejemplo: "Suele llevarme mucho tiempo

superar complicaciones en mi vida”). Los encuestados deben responder a la preguntas planteadas indicando su acuerdo o desacuerdo usando la siguiente escala: Muy en desacuerdo = 1, En desacuerdo = 2, Neutral = 3; De acuerdo = 4; y, Muy de acuerdo = 5.

La BRS muestra una buena consistencia interna con un valor alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.91. La escala presenta también una buena validez convergente y una alta validez predictiva discriminante (Amat et al., 2014).

8. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010). El test ASSIST consta de 11 ítems que evalúan, en los tres meses anteriores a la realización del cuestionario, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas (cocaína, marihuana, LSD, ansiolíticos, éxtasis, etc.), usando la siguiente escala de respuestas y su respectiva puntuación: Nunca = 0; 1 o 2 veces = 1; Cada mes = 2; Cada semana = 3; y, Diario o casi a diario = 4. La puntuación sumada obtenida permite establecer la categoría de riesgo: bajo (0-3), moderado (4-26) o alto (27 o más puntos).

   La consistencia interna mostrada por el test es de 0.78 (alfa de Cronbach), y su validez y confiabilidad es bastante alta (Pérez Moreno et al., 2012).

9. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Spitzer, Williams, Kroenke, et al., 1999). Es un cuestionario de 9 reactivos que evalúa la depresión calificando cada uno de los criterios del DSM-IV, de la siguiente manera: 0 = Nunca; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; y, 3 = Casi cada día. El cuestionario muestra varios puntos de corte que determinan el nivel de depresión; así: depresión leve (punto de corte 5), depresión moderada (punto de corte 10), depresión moderadamente severa (punto de corte 15), depresión severa (punto de corte 20).

   La consistencia interna es bastante buena, con un alfa de Cronbach de entre 0.86 y 0.89, mostrando una correlación con otros instrumentos de medida de la depresión bastante alta (Kroenke et al., 2001).

10. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012). Este test mide la satisfacción vital general en una escala de 11 puntos que va desde 0 (“completamente insatisfecho”) hasta 10 (“completamente satisfecho”). El puntaje se acepta en una sola de las opciones, determinándose tres umbrales: bajo (de 0 a 5), medio (de 6 a 8), y alto (de 9 a 10).

La medida de la satisfacción vital está altamente correlacionada con la salud auto-reportada.

2.6. Procedimiento

Para realizar la presente investigación, se siguieron los siguientes pasos:

1. Se solicitó una entrevista personal con el señor director de la Unidad Educativa para explicarle los motivos de la investigación que se pretendía llevar a cabo y solicitar la colaboración de la institución. La máxima autoridad del plantel aceptó la realización del proyecto con una muestra de alumnos del establecimiento de los dos primeros años de bachillerato.
2. Se presentó entonces, formalmente por escrito la solicitud, mediante una carta de presentación, la autorización respectiva al señor director de la Unidad Educativa para realizar la investigación (Ver Anexo 2). La cual fue contestada con la respectiva autorización, a la vez que firmó el consentimiento informado sobre la aplicación de la batería de tests (ver Anexo 3).
3. Una vez recibida la autorización, la institución asignó un profesor tutor quien colaboró en las actividades necesarias de la investigación dentro del establecimiento.
4. Junto con el profesor tutor se seleccionó la población y la muestra, de acuerdo con los requerimiento del trabajo investigativo, es decir, una muestra de alumnos de entre 14 a 17 años que se hallaren cursando primer y segundo año de bachillerato.
5. A continuación, se realizó la presentación del proyecto de investigación a los alumnos que fueron seleccionados como grupo muestral, luego de cual se les entregó a cada uno de los estudiantes, el formulario de consentimiento informado para los padres de familia y representantes (ver Anexo 4), de modo que ellos tengan conocimiento y a la vez autoricen la participación de sus representados en la encuesta.
6. Una vez recibidas las respuestas de aceptación los padres con su firma y numero de cedula de identidad, se presentó y entregó a los estudiantes el formulario de asentamiento informado (ver Anexo 5), mediante el cual aceptaban su participación en la encuesta.
7. Con los consentimientos respectivos se planificó, junto con el profesor tutor, el día y hora para la aplicación de la batería de cuestionarios.
8. La aplicación de los cuestionarios se la realizó en las fechas programadas de acuerdo a la técnica mencionada en el apartado anterior.

La información recolectada pretende la identificación de las siguientes variables psicológicas y escalas psicométricas de medida:

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

9. Los datos obtenidos luego se han tabulado en una Matriz de Tabulación de Datos, para ser interpretados y analizados.

2.7. Recursos

Los recursos utilizados para la presente investigación han sido los siguientes:

- Talento Humano.

La psicóloga en formación, egresada, encargada de aplicar los cuestionarios y procesarlos mediante tabulación para su posterior interpretación.

- Recursos Materiales.

Entre los recursos materiales que se usaron están:

- 65 Copias de los cuestionarios
- 65 lápices y borradores, entregados junto con los cuestionarios
- Computadora
- Impresora
- Hojas de papel bond

- Recursos Económicos.

El siguiente cuadro resume los costos y gastos económicos incurridos en la presente investigación:

Tabla 2. Recursos económicos

Recursos	Unidades	Costo unitario (en dólares)	Costo total (en dólares)
Materiales			
Hojas de papel bond	1000	0.009	9.00
Impresiones	455	0.03	13.65
Lápices	65	0.25	16.25
Borradores	65	0.25	16.25
Recursos Informáticos			
Computadora	1	600.00	600.00
Impresora	1	150.00	150.00
Movilización	10	1.50	15.00
Alimentación	5	2.00	10.00
TOTAL			830.15

Elaborado por: Jaqueline Burgos Ochoa

- Recursos Institucionales.

La Universidad Técnica Particular de Loja ha provisto la hoja de cálculo en Excel denominada Matriz de Tabulación de Datos, la cual permitió la tabulación apropiada de los datos individuales en Tablas y sus correspondientes representaciones gráficas, para su posterior análisis e interpretación.

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE DATOS

En el presente capitulo se presentan los datos compendiados de las respuestas obtenidas en los cuestionarios aplicados al grupo muestral de alumnos de bachillerato del Colegio Fiscal “Palestina”. El mismo está dividido en cuatro partes; en la primera se encuentra el análisis de las variables psicosociales, la segunda corresponde al análisis de resultados de datos generales (hombres y mujeres), la tercera se ubica el análisis correspondiente al género femenino y finalmente en la última parte se describe el análisis para el género masculino.

3.1. Datos psicosociales

En primer lugar, los datos sobre el sexo de la muestra están representados en la Figura 2. Como se puede observar, el 52% de la muestra corresponde al sexo femenino, mientras que el restante 48% pertenece al sexo masculino.

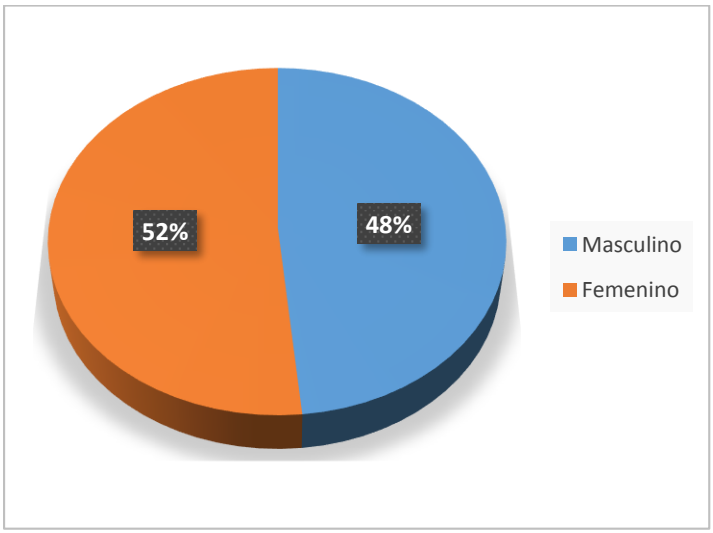

Figura 2. Sexo
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Figura 3 muestra los porcentajes de edad de la muestra, observándose que el mayor porcentaje (36%) corresponde a adolescentes de 16 años, el 34% a adolescentes de 15 años, el 22% a adolescentes de 14 años y el 8% a adolescentes de 17 años.

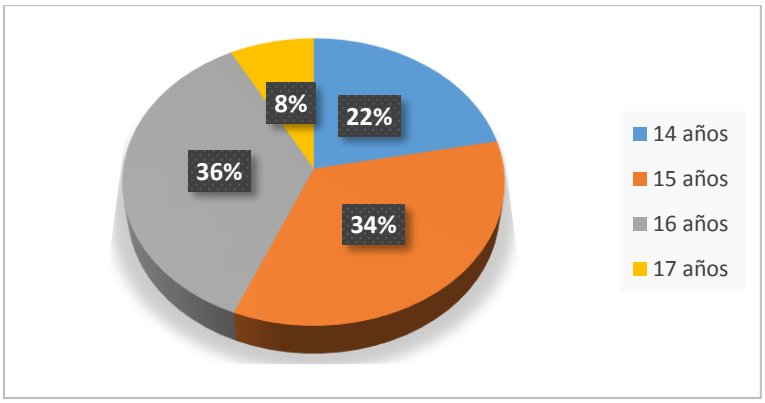

Figura 3. Edad
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La distribución porcentual por año de bachillerato de la muestra de 64 alumnos del Colegio Palestina, permite ver que el 56% está cursando al primer año de bachillerato, mientras que el 44% corresponde a estudiantes de segundo año de bachillerato. Como se puede apreciar la mayoría de la muestra están en primer año (Figura 4).

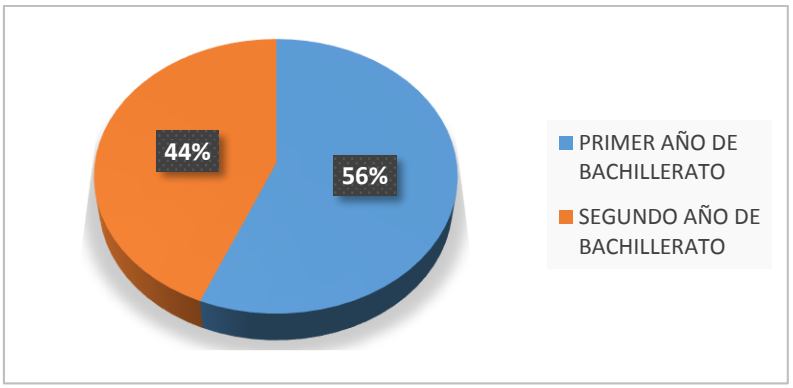

Figura 4. Año de Bachillerato
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

3.2. Análisis de resultados generales

A continuación se muestran los datos obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a los 64 estudiantes. La batería consta de nueve cuestionarios que son: la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS-14), el Cuestionario de Evitación y Acción (Avoidance and Action Questionnaire, AAQ-7), el Test de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol, versión de Autoreporte (Alcohol Use Disorders Identification Test Self Report Version, AUDIT), la Escala de Comportamiento Tipo A (Type A Behavior Scale), la Escala de Soledad UCLA Revisada, versión corta (UCLA Loneliness Scale Revised-Short), la Escala

Breve de Resiliencia (Brief Resilience Scale, BRS), el test ASSIST, el Cuestionario de Salud del Paciente para Depresión y Ansiedad (Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety, PHQ-9), y el Cuestionario de Satisfacción Vital (Satisfaction Life Questionnarie, LSQ).

Para cada una de estas pruebas se considera una puntuación estandarizada que va de 0 a 10, tomando a cinco como el valor medio, los números sobre la media indican un valor alto de la variable, mientras que los números bajo la media definen un valor bajo de la variable analizada, así:

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

La Tabla 3 y la Figura 4 muestran los resultados estandarizados en su promedio y su total para cada uno de los tests aplicados.

Como se puede observar, la escala PSS-14, muestra una puntuación de cuatro; el cuestionario AAQ-7, muestra un puntaje de cuatro; el test AUDIT, una valor bajo de uno; la escala de Comportamiento Tipo A, un valor de cero; la escala de soledad UCLA muestra un valor de seis; la escala BRS, un valor de uno; el test ASSIST, un valor de cero; el cuestionario de Depresión y Ansiedad, un valor de dos; y finalmente, el cuestionario LSQ, un valor de siete.

Los valores que toman mayor significancia son aquellos que se desvían en dos o más puntos sobre o bajo la media, indicando para la variable del cuestionario respectivo su interpretación como factor de protección o de riesgo.

Tabla 3. Resultados de los Cuestionarios

	PROMEDIO	TOTAL
Perceived Stress Scale (PSS-14)	24	4
Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	18	4
Alcohol Use Disorders Identification Test Self Report Version AUDIT	2	1
Type A Behavior Scale	1	0
UCLA Loneliness Scale Revised-Short	48	6
Brief Resilience Scale (BRS)	3	1
Otras drogas (ASSIST)	1	0
Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	4	2
Satisfaction Life Question (LSQ)	7	7

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

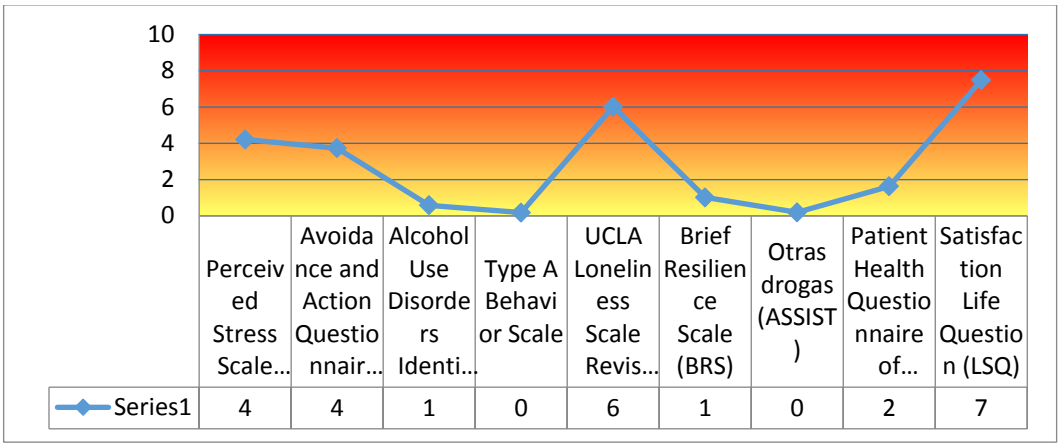

Figura 5. Figura de la batería con resultados estandarizados.
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 4 muestra la frecuencia de las respuestas del test de estrés percibido (PSS-14). Como se puede observar, el reactivo 1, que pregunta ¿con qué frecuencia ha estado afectado el alumno por algo que ha ocurrido inesperadamente en el último mes?, tiene el valor más alto, 27, para la respuesta “Nunca”. Similarmente, los reactivos que indagan sobre la frecuencia de sentirse nervioso o estresado, de sentir que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer, y del control necesario para invertir adecuadamente su tiempo, respectivamente, presente valores altos de 25 puntos cada uno en la opción “De vez en cuando”.

Tabla 4. Frecuencia PSS-14

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1	27	17	15	5	0	
2	23	16	21	2	2	
3	13	11	25	12	3	
4	10	15	16	13	10	
5	15	11	22	12	4	
6	13	13	16	12	10	
7	7	1	21	19	16	
8	20	13	25	6	0	
9	7	13	23	14	7	
10	14	10	20	14	6	
11	19	10	21	8	6	
12	14	7	18	20	5	
13	9	7	25	14	9	
14	21	19	14	5	5	
TOTAL	212	163	282	156	83	896

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Por su parte, la Tabla 5, que presenta la frecuencia de los datos para el cuestionario de evitación y acción (AAQ-7), muestra que su frecuencia más alta se halla en el reactivo 6, que indaga sobre la percepción de si le parece al alumno que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que él o ella, con 30 respuestas en la columna de “Nunca es verdad”. La tendencia de respuestas de los otros reactivos sigue el mismo patrón hacia la respuesta “Nuca es verdad”.

Tabla 5. Frecuencia AAQ-7

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad	
1	26	17	5	11	0	2	3	
2	21	17	6	13	1	2	4	
3	16	15	15	12	1	2	3	
4	24	14	8	8	2	3	5	
5	22	19	6	4	2	1	10	
6	30	13	8	5	1	4	3	
7	29	8	7	10	1	4	5	
TOTAL	168	103	55	63	8	18	33	448

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

En cuanto al test AUDIT, que aborda el uso de bebidas alcohólicas, la Figura 6 muestra que el 89% de los adolescentes, la mayoría de la muestra evidencia un consumo prudente o de bajo riesgo, y el 11% se ubica en un consumo de riesgo. No existe valor significativo para el consumo perjudicial o el síndrome de dependencia.

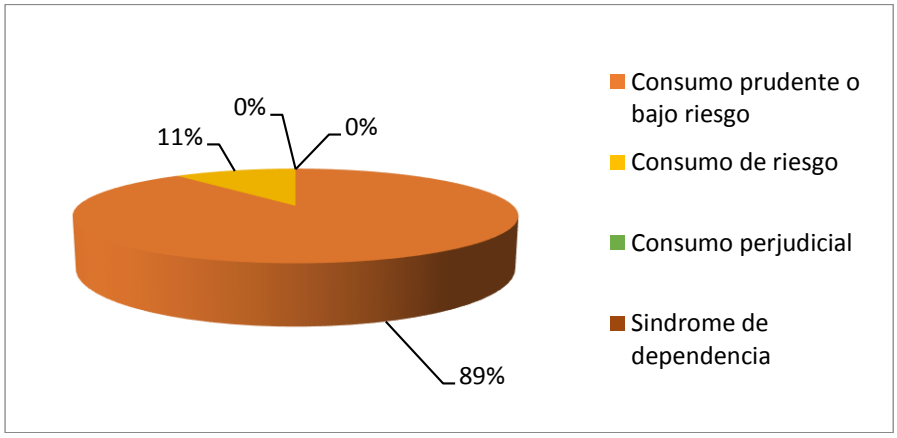

Figura 6. Figura del test AUDIT
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

A su vez, la Tabla 6 muestra la frecuencia de respuestas para la escala de personalidad tipo A. Las frecuencias de respuestas más altas fueron para los reactivos 1 y 3, referentes al fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas, y a ser muy exigentes y competitivos. El reactivo 7 tiene una alta frecuencia para la respuesta SI, a la pregunta: ¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral/escolar?, con 45 respuestas.

Tabla 6. Frecuencia Type A Behavior Scale

Reactivo	**Muy bien**	**Bastante bien**	**En parte**	**Nada**	
1	35	16	10	3	
Reactivo	**Nunca**	**Casi nunca**	**De vez en cuando**	**A menudo**	
2	2	19	22	21	
3	14	35	5	10	
4	8	16	15	25	
5	6	22	14	22	
TOTAL	65	108	66	81	320
Reactivo	**SI**		**NO**		
6	4		22		
7	45		19		
8	33		31		
9	36		28		
10	35		29		
TOTAL	153		129		282

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 7, a su vez, muestra la frecuencia de las respuestas a los reactivos de la escala de soledad de la UCLA. El valor más alto se da al reactivo nueve: ¿Con que frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa?, con 36 respuestas a la opción “Siempre”. El siguiente puntaje más alto de respuestas se da a la pregunta 5: ¿Con que frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as?, con 33, para la opción “Siempre”; mientras que la pregunta 14: ¿Con que frecuencia te sientes aislado/a de los demás?, tiene la frecuencia más baja de respuestas, es decir 3.

Tabla 7. Frecuencia UCLA Loneliness Scale Revised-Short

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	12	17	21	14	
2	20	16	21	7	
3	25	19	13	7	
4	24	18	15	7	
5	6	8	17	33	
6	14	22	15	13	
7	30	17	13	4	
8	18	27	15	4	
9	11	8	9	36	
10	10	10	15	29	
11	27	21	11	5	
12	30	15	15	4	
13	19	15	21	9	
14	31	16	14	3	
15	8	11	21	24	
16	10	12	17	25	
17	21	21	16	6	
18	28	19	9	8	
19	14	13	13	24	
20	11	9	15	29	
TOTAL	369	314	306	291	1280

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 8, por su parte, muestra las frecuencias de respuestas para los reactivos de la escala BRS. Los valores más altos se presentan para el reactivo 1, tanto para estar “de acuerdo”, como para estar “muy en desacuerdo” con la tendencia a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles. Sin embargo, el siguiente valor alto en frecuencia de respuestas los tiene el reactivo 3: “No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante”, con 19 respuestas a la opción “De acuerdo”; mientras que la frecuencia de respuestas más baja se da en el reactivo 2: “Lo paso mal superando situaciones estresantes”, y al reactivo 1, con 6 puntos a la opción “Muy de acuerdo” en ambos casos.

Tabla 8. Frecuencia BRS

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	20	8	10	20	6	
2	15	17	14	12	6	
3	12	14	12	19	7	
4	17	12	13	12	10	
5	16	15	11	8	14	
6	16	7	19	14	8	
TOTAL	96	73	79	85	51	384

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Para la Tabla 9 (test ASSIST), se encuentran valores de frecuencia altos en los reactivos 5, 7 y 10, que preguntan sobre: la frecuencia de consumo de diversas sustancias como la marihuana o la cocaína; la inhalación de pegamentos industriales; o el uso de drogas altamente adictivas como la heroína, la morfina o la metadona, hallándose 63 respuestas para cada uno de ellos en la opción "Nunca". Para el reactivo 9, que inquiere sobre la frecuencia de uso de ácidos, hongos alucinógenos o ketamina, se encuentra el valor de frecuencia más alto con 64 respuestas "Nunca".

Tabla 9. Frecuencia ASSIST

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario	TOTAL
1	62	2	0	0	0	64
2	60	3	0	0	1	64
3	47	13	3	1	0	64
4	61	3	0	0	0	64
5	63	1	0	0	0	64
6	62	1	1	0	0	64
7	63	1	0	0	0	64
8	62	2	0	0	0	64
9	64	0	0	0	0	64
10	63	1	0	0	0	64
11	62	1	1	0	0	64

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La frecuencia de las respuestas al test PHQ-9, que indaga sobre depresión y ansiedad, se muestra en la Tabla 10, en donde se observan valores altos para todos los reactivos "nunca", siendo el reactivo 9 el de frecuencia más alta, con 54 respuestas a la pregunta: "¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma?".

Tabla 10. Frecuencia PHQ-9

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	35	16	7	6	
2	33	21	6	4	
3	48	12	1	3	
4	42	15	4	3	
5	43	14	3	4	
6	44	16	1	3	
7	49	11	1	3	
8	43	13	6	2	
9	54	4	1	5	
TOTAL	391	122	30	33	576

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Finalmente, la Tabla 11, a continuación, muestra la frecuencia de respuestas al test LSQ, sobre satisfacción vital, observándose que la respuesta al indicador 8 es la más alta (15 puntos). Además, se ve que el mayor porcentaje de respuestas se encuentra sobre el indicador medio (5), entre “neutral” y “completamente satisfecho”.

Tabla 11. Frecuencia LSQ

	Insatisfecho 0	1	2	3	4	Neutral 5	6	7	8	9	Completamente Satisfecho 10	
TOTAL	0	0	0	1	4	10	2	11	15	9	12	64

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

3.3. Análisis de resultados respecto al género femenino

En este apartado se lleva a cabo el análisis de resultados de la batería de instrumentos aplicados a la muestra femenina investigada, que representa el 52% del total de la muestra,

es decir, 33 alumnas, cuya distribución en edades se muestra en la Figura 7. Como se puede observar, el mayor porcentaje de edad, corresponde a las chicas de 16 años, con el 43% de representatividad, seguidas por las chicas de 15 años con el 30%, las de 14 años con 24%, y finalmente de 17 años con el 3%.

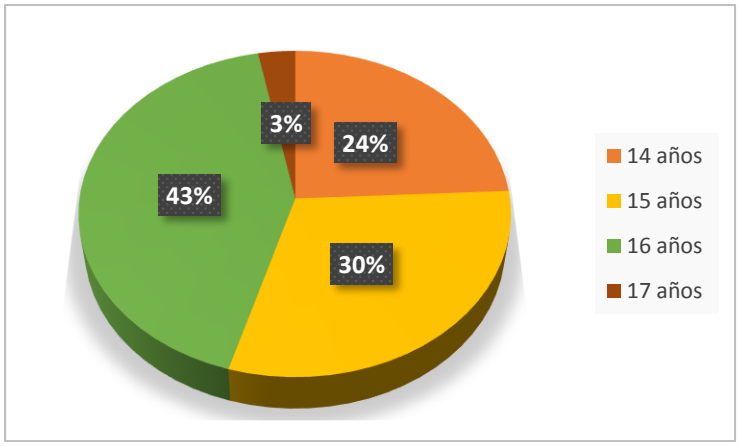

Figura 7. Edad del grupo femenino
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

En la Figura 8, se observa que el 58% de alumnas están cursando el segundo año de bachillerato, mientras que el 42% se encuentran en el primer año de bachillerato.

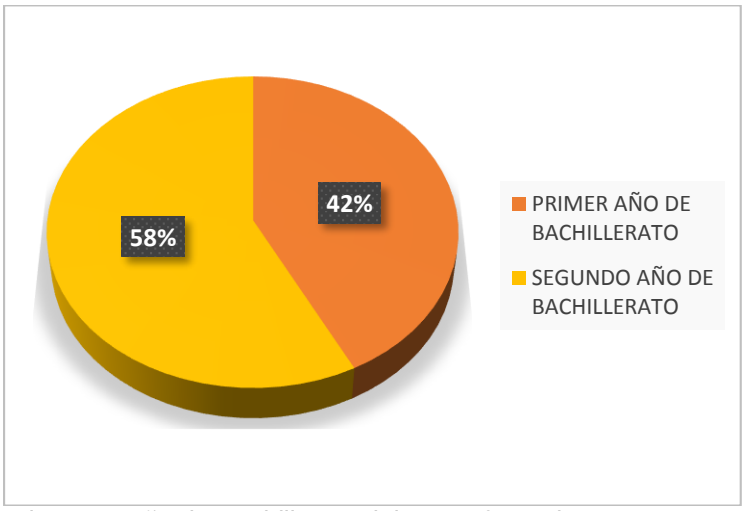

Figura 8. Año de Bachillerato del grupo femenino
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015. Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

A continuación, se presentan los datos estandarizados en su promedio y total para el grupo femenino, tanto en la Tabla 12, como en la Figura 9, en forma gráfica. Se puede ver, a partir de los datos presentados, que las escalas muestran diferentes valores, que se ubican sobre y bajo la puntuación media de cinco, indicando con esto su actividad protectora o de riesgo, según el cuestionario aplicado, de la siguiente manera:

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

Los valores más significativos son aquellos que se encuentra en dos o más puntos bajo o sobre el valor medio referencial. Podemos observar que la escala PSS-14, muestra una puntuación de 1; el cuestionario AAQ-7, muestra un puntaje de 4; el test AUDIT, un valor de 1; la escala de Comportamiento Tipo A, un valor de 0; la escala de soledad UCLA muestra un valor de 6; la escala BRS, un valor de 1; el test ASSIST, un valor de 0; el cuestionario de Depresión y Ansiedad, un valor de 2; y, el cuestionario LSQ, un valor de 7.

Tabla 12. Puntuación estandarizada de tests mujeres

	PROMEDIO	TOTAL
Perceived Stress Scale (PSS-14)	7	1
Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	20	4
Alcohol Use Disorders Identification Test Self Report Version AUDIT	2	1
Type A Behavior Scale	1	0
UCLA Loneliness Scale Revised-Short	50	6
Brief Resilience Scale (BRS)	3	1
Otras drogas (ASSIST)	1	0
Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	5	2
Satisfaction Life Question (LSQ)	7	7

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

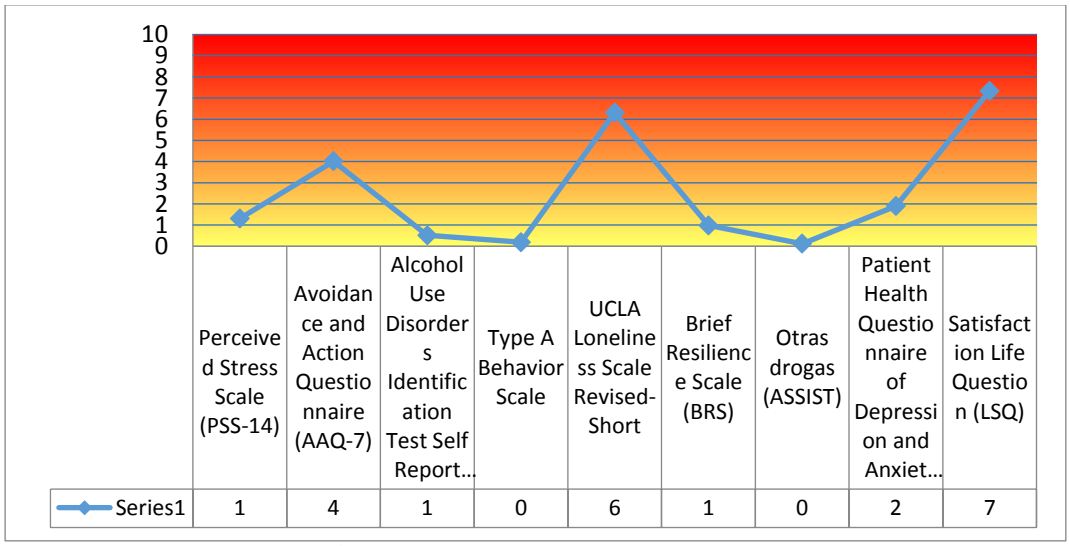

Figura 9. Figura de la batería con resultados estandarizados para mujeres
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 13, muestra las frecuencias de las respuestas a los reactivos del test PSS-14, sobre estrés percibido, para el grupo femenino de la muestra encuestada. Se puede ver que la pregunta del reactivo 8: “En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?”, es la de más alta frecuencia (17) para la respuesta “De vez en cuando”. El resto de reactivos muestran una tendencia hacia la misma respuesta. Registrándose el mayor porcentaje de respuestas para las opciones “Nunca” y “A menudo” en el resto de reactivos.

Tabla 13. Frecuencia PSS-14 Mujeres

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1	8	12	10	3	0	
2	9	9	12	2	1	
3	3	4	15	9	2	
4	7	5	9	6	6	
5	8	6	12	6	1	
6	8	5	9	8	3	
7	2	1	10	12	8	
8	7	5	17	4	0	
9	2	6	15	8	2	
10	9	5	11	7	1	
11	9	5	11	7	1	
12	7	3	11	9	3	
13	3	4	13	7	6	
14	8	9	11	4	1	
TOTAL	90	79	166	92	35	462

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 14, muestra las frecuencias para la variable evitación y acción, observándose que el valor más alto se da en el reactivo 7: “Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir”, para la opción “Nunca es verdad”. Encontrándose el resto de valores altos de frecuencia de respuestas en las opciones “Muy raramente es verdad”, “Raramente es verdad” y “A veces es verdad”.

Tabla 14. Frecuencia AAQ-7 Mujeres

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	11	4	7	0	1	1	
2	5	11	4	8	1	1	3	
3	4	11	9	6	1	1	1	
4	13	7	5	3	1	1	3	
5	12	7	2	3	0	1	8	
6	13	7	5	4	0	1	3	
7	14	3	7	4	0	2	3	
TOTAL	70	57	36	35	3	8	22	231

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Figura 10, muestra los valores porcentuales de las respuestas al test AUDIT, que determina desordenes en el consumo de alcohol para las mujeres en el grupo muestral. Se observa que el 91% presenta un consumo prudente o de bajo riesgo, mientras que el 9% se ubica dentro de un consumo de riesgo. No existen respuestas para los reactivos que indagan sobre la existencia de consumo perjudicial o de un síndrome de dependencia.

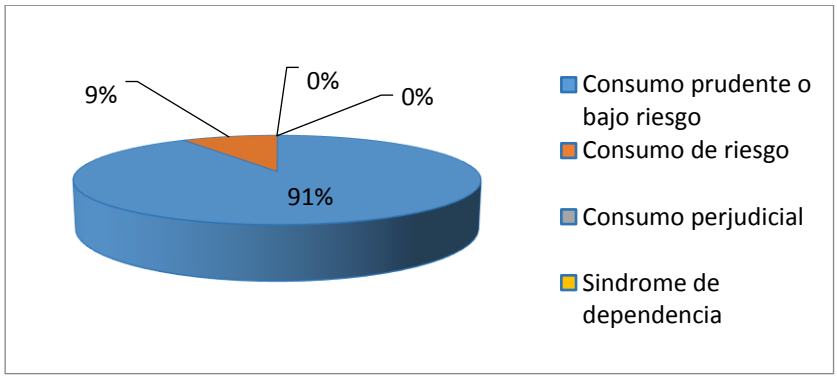

Figura 10. Figura del test AUDIT Mujeres
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 15, muestra las frecuencias de las respuestas a las preguntas del test de personalidad A, con valores altos para el reactivo 1: “Tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas” en la opción “Muy bien” con 16 respuestas; y para el reactivo 3: “Soy muy exigente y competitivo”, con 23 respuestas en la opción “Casi nunca”. Asimismo, el reactivo 7, presenta 29 respuestas a la pregunta: “¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral/escolar?” en la opción “SI”.

Tabla 15. Frecuencia Type A Behavior Scale Mujeres

Reactivo	**Muy bien**	**Bastante bien**	**En parte**	**Nada**	
1	16	9	6	2	
Reactivo	**Nunca**	**Casi nunca**	**De vez en cuando**	**A menudo**	
2	16	10	13	9	
3	16	23	1	7	
4	16	7	9	12	
5	16	11	7	14	
TOTAL	80	60	36	44	220
Reactivo	**Si**		**No**		
6	1		7		
7	29		4		
8	24		9		
9	20		13		
10	22		11		
TOTAL	96		44		140

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Las frecuencias sobre los datos recolectados en el test de soledad UCLA, se muestran en la Tabla 16. Se observa que el valor de frecuencia más alto corresponde al reactivo 5 que responde a la pregunta: “¿Con que frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as?”, con 20 respuestas a la opción “Siempre”, seguido por 19 respuestas al reactivo 9 (¿Con que frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa?) en la misma opción. No obstante la mayor frecuencia de respuestas se da a la opción “A veces” en la mayoría de reactivos.

Tabla 16. Frecuencia UCLA Loneliness Scale Revised-Short Mujeres

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	6	12	9	6	
2	6	4	18	5	
3	10	11	8	4	
4	6	9	12	6	
5	1	7	5	20	
6	4	17	9	3	
7	10	11	9	3	
8	8	13	10	2	
9	5	4	5	19	
10	4	5	11	13	
11	17	9	5	2	
12	14	10	7	2	
13	8	8	12	5	
14	14	7	10	2	
15	3	6	13	11	
16	5	6	9	13	
17	6	11	10	6	
18	11	10	7	5	
19	5	7	10	11	
20	4	7	7	15	
TOTAL	147	174	186	153	660

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 17, muestra las frecuencias para el cuestionario BRS aplicado al grupo femenino. Se observa que la frecuencia más alta corresponde al reactivo 3 (No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante) con 13 respuestas en la opción “De acuerdo”; seguido por el reactivo 2 (Lo paso mal superando situaciones estresantes) con 11 respuestas a la opción “En desacuerdo”.

Tabla 17. Frecuencia BRS Mujeres

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	7	6	6	11	3	
2	5	11	6	8	3	
3	4	9	5	13	2	
4	7	3	8	7	8	
5	7	8	7	5	6	
6	5	4	10	10	4	
TOTAL	35	41	42	54	26	198

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Para la variable consumo de sustancias psicoadictivas (test ASSIST), la Tabla 18, muestra que la frecuencia es mayor para la opción "Nunca" con 33 respuestas, a los reactivos 1, 4, 5, 6, 9, 10 y 11, que indagan sobre la frecuencia de consumo de sustancias como la cocaína, la marihuana, el éxtasis, el LSD, la morfina, la heroína, o de medicamentos potencialmente adictivos como el alprazolam, clonazepam, o diazepam, todos ansiolíticos, así como de sustancias que se pueden inhalar como la gasolinas, pegamentos y pinturas.

Tabla 18. Frecuencia ASSIST Mujeres

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario	TOTAL
1	33	0	0	0	0	33
2	32	0	0	0	1	33
3	27	4	2	0	0	33
4	33	0	0	0	0	33
5	33	0	0	0	0	33
6	33	0	0	0	0	33
7	32	1	0	0	0	33
8	31	2	0	0	0	33
9	33	0	0	0	0	33
10	33	0	0	0	0	33
11	33	0	0	0	0	33

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La variable de depresión y sus frecuencias se muestran en la Tabla 19, en la cual se observa que la mayor frecuencia se da para la opción "Nunca" en los reactivos 3 (Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado) y 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) con 24 respuestas cada uno.

Tabla 19. Frecuencia PHQ-9 Mujeres

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	16	10	4	3	
2	14	14	4	1	
3	24	6	0	3	
4	20	7	4	2	
5	21	8	2	2	
6	24	8	0	1	
7	22	9	1	1	
8	16	10	5	2	
9	27	3	0	3	
TOTAL	184	75	20	18	297

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Finalmente, el test que mide la satisfacción vital (LSQ), muestra su frecuencia más alta en el valor neutral (5) con un valor de 8, no obstante, la mayoría de las respuestas se ubican en los indicadores 7, 8, 9 y 10, que corresponden al rango de satisfacción vital (Tabla 20).

Tabla 20. Frecuencia LSQ Mujeres

	Insatisfecho 0	1	2	3	4	Neutral 5	6	7	8	9	Completamente Satisfecho 10	
TOTAL	0	0	0	0	2	8	0	6	6	6	5	33

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

3.4. Análisis de resultados respecto al género masculino

Los resultados de la batería de instrumentos aplicados a los varones del grupo muestral se presentan a continuación.

El grupo masculino conforma el 48% de la muestra (31 alumnos), distribuida porcentualmente en los siguientes grupos de edades: 19%, adolescentes de 14 años, 39% adolescentes de 15 años, 26% adolescentes de 16 años y 13% adolescentes de 17 años (Figura 11).

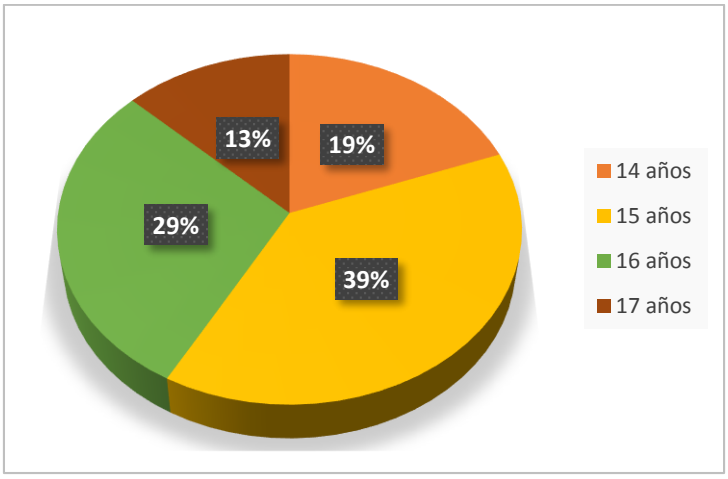

Figura 11. Edad del grupo masculino
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Entre este grupo de adolescentes, el 71% se encuentra cursando el primer año de bachillerato, mientras que en segundo año de bachillerato se encuentra el 29%, según se observa en la Figura 12.

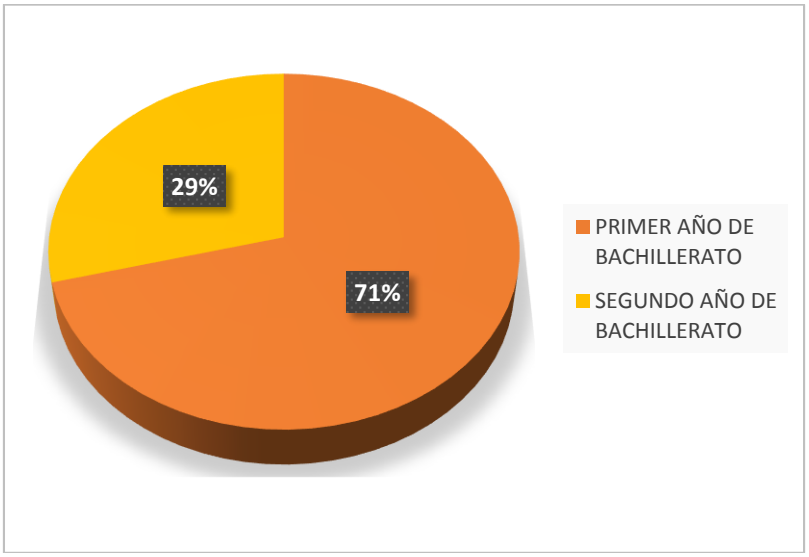

Figura 12. Año de Bachillerato del grupo masculino
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La batería de cuestionarios aplicada al grupo masculino ha producido resultados de puntuación estandarizada para cada uno de ellos según se muestra en la Tabla 21 y la Figura 13.

Se observa valores que están sobre y bajo la puntuación media de 5 indicando la acción protectora o de riesgo de las variables analizadas según la puntuación obtenida en cada uno de los cuestionarios, de acuerdo al siguiente criterio:

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

Se tiene entonces que para el test PSS-14, que mide el estrés percibido, la puntuación estandarizada es de 4; para el cuestionario AAQ-7, que valora acción e inacción, el puntaje es 3; para el test AUDIT (consumo de alcohol) el valor es de 1; el cuestionario de Comportamiento Tipo A, el valor es 0; la escala de soledad UCLA muestra un valor de 6; la escala BRS, un valor de 1; el test ASSIST (drogas adictivas), un valor de 1; el cuestionario de Depresión y Ansiedad, un valor de 2; y, el cuestionario LSQ, que valora la satisfacción vital, un valor de 8. Las frecuencias de las respuestas se muestran en las Tablas y figura a continuación.

Tabla 21. Puntuación Estandarizada De Tests Hombres

	PROMEDIO	TOTAL
Perceived Stress Scale (PSS-14)	22	4
Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	17	3
Alcohol Use Disorders Identification Test Self Report Version AUDIT	5	1
Type A Behavior Scale	0	0
UCLA Loneliness Scale Revised-Short	46	6
Brief Resilience Scale (BRS)	3	1
Otras drogas (ASSIST)	5	1
Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	5	2
Satisfaction Life Question (LSQ)	8	8

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

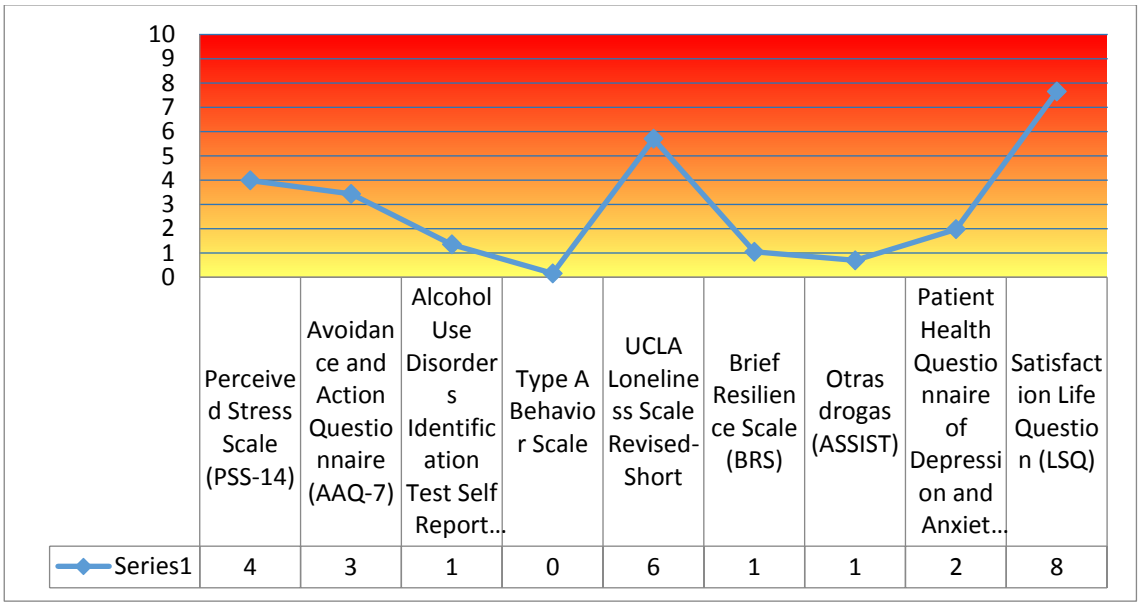

Figura 13. Figura de la batería con resultados estandarizados para hombres
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Así, para el estrés percibido (test PSS-14), la Tabla 22 muestra su valor más alto para la opción "Nunca" del reactivo 1 (En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?), con 19 puntos.

Tabla 22. Frecuencia PSS-14 Hombres

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1	19	5	5	2	0	
2	14	7	9	0	1	
3	10	7	10	3	1	
4	3	10	7	7	4	
5	7	5	10	6	3	
6	5	8	7	4	7	
7	5	0	11	7	8	
8	13	8	8	2	0	
9	5	7	8	6	5	
10	5	5	9	7	5	
11	10	5	10	1	5	
12	7	4	7	11	2	
13	6	3	12	7	3	
14	13	10	3	1	4	
TOTAL	122	84	116	64	48	434

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Para la variable evitación-acción (test AAQ-7), los valores más altos se presentan en los reactivos 1 y 6, que preguntan sobre la existencia de experiencias y recuerdos dolorosos que dificultan vivir la vida deseada y sobre el considerar la vida de la mayoría mejor que la propia, respectivamente. La frecuencia en ambos casos es de 17, y se muestran en la Tabla 23.

Tabla 23. Frecuencia AAQ-7 Hombres

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	17	6	1	4	0	1	2	
2	16	6	2	5	0	1	1	
3	12	4	6	6	0	1	2	
4	11	7	3	5	1	2	2	
5	10	12	4	1	2	0	2	
6	17	6	3	1	1	3	0	
7	15	5	0	6	1	2	2	
TOTAL	98	46	19	28	5	10	11	217

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Para la variable consumo de alcohol, la Figura 14 muestra la frecuencia porcentual de las respuestas, observándose que el 87% presenta un consumo prudente o de bajo riesgo, y un 13% un consumo de riesgo. Sin embargo, el grupo no presenta un consumo perjudicial o síndrome de dependencia, pues no se presentaron respuestas significativas para estos reactivos.

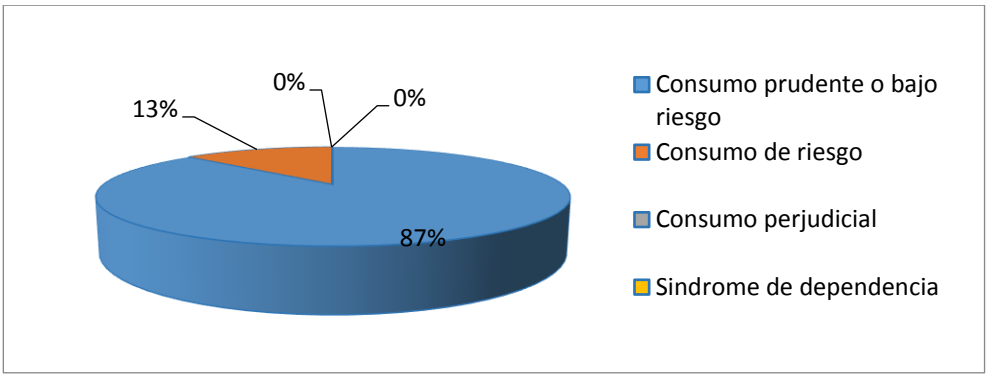

Figura 14. Figura del test AUDIT Hombres
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Los datos de frecuencia para la variable de personalidad tipo A, se muestran en la Tabla 24, observándose una frecuencia de respuesta alta en el reactivo 1, con 19 respuestas en la opción “Muy bien” a la pregunta sobre tener un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas. Mientras que la respuesta “No” presenta la frecuencia más alta (22), en el reactivo: ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?

Tabla 24. Frecuencia Type A Behavior Scale Hombres

Reactivo	**Muy bien**	**Bastante bien**	**En parte**	**Nada**	
1	19	7	4	1	
Reactivo	**Nunca**	**Casi nunca**	**De vez en cuando**	**A menudo**	
2	1	9	9	12	
3	12	12	4	3	
4	3	9	6	13	
5	5	11	7	8	
TOTAL	40	48	30	37	155
Reactivo	**Si**		**No**		
6	3		15		
7	16		15		
8	9		22		
9	16		15		
10	13		18		
TOTAL	57		85		142

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La escala de soledad UCLA, presenta una frecuencia alta para el reactivo 7 (¿Con que frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?) en la opción de respuesta “Nunca”, con 20 puntos, seguida por la respuesta al reactivo 4 (¿Con que frecuencia te sientes solo/a?) con 18 puntos. Según lo muestra la Tabla 25. Sin embargo, la sumatoria de respuestas es mayor para la opción “Nunca”.

Tabla 25. Frecuencia UCLA Loneliness Scale Revised-Short Hombres

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	6	5	12	8	
2	14	12	3	2	
3	15	8	5	3	
4	18	9	3	1	
5	5	1	12	13	
6	10	5	6	10	
7	20	6	4	1	
8	10	14	5	2	
9	6	4	4	17	
10	6	5	4	16	
11	10	12	6	3	
12	16	5	8	2	
13	11	7	9	4	
14	17	9	4	1	
15	5	5	8	13	
16	5	6	8	12	
17	15	10	6	0	
18	17	9	2	3	
19	9	6	3	13	
20	7	2	8	14	
TOTAL	222	140	120	138	620

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

La Tabla 26 (test BRS, resiliencia), muestra la frecuencia más alta con 13 puntos ("Muy en desacuerdo") en le reactivo 1, que pregunta sobre la tendencia a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles; seguido por las respuestas al reactivo 6 (Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en mi vida) con 11 puntos en la opción "muy en desacuerdo").

Tabla 26. Frecuencia BRS Hombres

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	13	2	4	9	3	
2	10	6	8	4	3	
3	8	5	7	6	5	
4	10	9	5	5	2	
5	9	7	4	3	8	
6	11	3	9	4	4	
TOTAL	61	32	37	31	25	186

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Los datos sobre la frecuencia del consumo de drogas adictivas se observan en la Tabla 27. La frecuencia más alta se presenta para los reactivos 7, 8 y 9, en la opción “Nunca” (31 puntos, para cada uno), como respuesta a la pregunta sobre la frecuencia de consumo de sustancias altamente adictivas como el LSD, la ketamina, ácidos, hongos, etc.; o de pastillas para dormir como el diazepan, el alprazolam, el clorazepan, etc.; o la inhalación de pegamentos, gasolina o solventes para pintura, etc. La tendencia hacia la opción “Nunca” es igual en los otros reactivos de este cuestionario.

Tabla 27. Frecuencia ASSIST Hombres

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario	TOTAL
1	29	2	0	0	0	31
2	28	3	0	0	0	31
3	20	9	1	1	0	31
4	28	3	0	0	0	31
5	30	1	0	0	0	31
6	29	1	1	0	0	31
7	31	0	0	0	0	31
8	31	0	0	0	0	31
9	31	0	0	0	0	31
10	30	1	0	0	0	31
11	29	1	1	0	0	31

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Para la depresión y la ansiedad, el test PHQ-9 (Tabla 28), muestra una alta frecuencia de respuestas a la opción “Nunca” en los reactivos 7, 8 y 9: Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión; 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; y, ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma; respectivamente), con un puntaje de 27 respuestas para cada uno.

Tabla 28. Frecuencia PHQ-9 Hombres

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	19	6	3	3	
2	19	7	2	3	
3	24	6	1	0	
4	22	8	0	1	
5	22	6	1	2	
6	20	8	1	2	
7	27	2	0	2	
8	27	3	1	0	
9	27	1	1	2	
TOTAL	207	47	10	15	279

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

Finalmente, el test LSQ (satisfacción vital), muestra la mayor frecuencia de respuestas en el indicador 8; observándose también que el mayor porcentaje de respuestas se encuentran sobre el valor medio (neutral), según se observa en la Tabla 29.

Tabla 29. Frecuencia LSQ Hombres

	Insatisfecho 0	1	2	3	4	Neutral 5	6	7	8	9	Completamente Satisfecho 10	
TOTAL	0	0	0	1	2	2	2	5	9	3	7	31

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: Burgos Ochoa, Jacqueline de Jesús.

3.5. Discusión de los resultados

En base a los resultados obtenidos y analizados en los apartados anteriores podemos ver que el grupo muestral representa a una población de adolescentes comprendida entre los 14 y los 17 años, con un porcentaje ligeramente mayor de mujeres (52%) que de hombres (48%) y con un menor porcentaje estudiando en segundo año de bachillerato (44%) que en primero (56%). La muestra extraída describe adecuadamente a la población de la cual fue tomada.

Bajo esta base, los resultados para cada cuestionario que forma parte de la batería aplicada, informan sobre la relación de cada variable medida con su puntaje medio y las frecuencias de las respuestas dadas, de modo que sean consideradas como factores de protección o de riesgo según sea el caso.

Para el test PSS-14, que concibe al estrés percibido como un concepto mayor en psicología, considerándolo como “el grado al cual el individuo valora como estresantes situaciones en su vida” (Cohen et al., 1983, p. 385) , los resultados muestran una valor estandarizado inferior al puntaje medio tanto para las mujeres (1) como para los hombres (4) determinándose como un factor de protección, gracias al hecho de que las respuestas dadas presentan una tendencia a no considerar su vida como un evento estresante, y por tanto evitando que se produzca un deterioro de la salud mental. Sin embargo es digno de mencionar que el valor protector de esta variable es mayor para las mujeres que para los hombres, pues la desviación del puntaje estandarizado es de 4 puntos para las primeras y de solo 1 para los segundos. Esta tendencia ya ha sido observada en investigaciones previas en las que se halló que los varones muestran un mayor estrés percibido que las mujeres (Iglesias Parra, 2011), y esta probablemente debida a los varios factores que inciden en el aprendizaje social y el desarrollo psicosexual en ambos géneros, y que suelen determinar mejores conductas de afrontamiento frente al estrés en ellas que en ellos (Gumucio, s.f).

La medida de la inflexibilidad psicológica realizada mediante el test AAQ-7, muestra valores estandarizados de 4 para las mujeres y de 3 para los hombres. Estos datos presentan a la variable como un factor de protección, pues valores bajos (menores que la media referencial de 5), representan un comportamiento menor de evitación experiencial y mayor de aceptación psicológica (Bond y Bumce, 2003), lo cual mueve a la persona a aceptar nuevas experiencias aun cuando estas no sean inicialmente placenteras, y persistir en ellas (Barraca, 2004). Dicho comportamiento está relacionado con una buena salud mental así como con desarrollo psicológico sano en el adolescente.

Por su parte, el test AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, muestra una puntuación estandarizada de 1 tanto para mujeres como para hombres, así como porcentajes altos para las opciones que indican un consumo bajo o de no consumo de alcohol (87% de consumo prudente o de bajo riesgo para las hombres y 91% para las mujeres). Esta variable, se presenta entonces, como un factor de protección para la muestra encuestada, ya que como menciona la misma OMS (2001), el consumo de alcohol suele ser la causa de numerosos trastornos y enfermedades que suelen tener consecuencias a largo y mediano plazo. Por ejemplo están bien documentados los problemas de consumir alcohol en la adolescencia como la introducción al consumo de drogas más fuertes, violencia personal y familiar, fracaso escolar, mayor accidentabilidad, relaciones sexuales no consentidas, embarazos no deseados entre otros, y que perjudican el desarrollo físico y psicológico del adolescente y afectan la salud mental muchas veces de manera permanente (Mena y Muñoz, 2010).

En cuanto a la variable de personalidad tipo A, que indica una forma específica de reaccionar al estrés, según es valorada por la Type A Behavior Scale, muestra un valor estandarizado de 0 tanto para hombres como para mujeres. Respuestas específicas como autocritica y alta competitividad, constante sentido de urgencia, labilidad por la ira o la hostilidad (MacLeod, 2014), no son consideradas inherentes a la personalidad de los individuos de la muestra, y podría estimarse a esta variable como un factor de protección para la salud mental.

A su vez, la UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Escala Corta Revisada de Soledad de la UCLA), valora la importancia de las relaciones sociales como factor determinante de la salud mental. La tendencia a la soledad se ha relacionado a una variedad de problemas sociales e individuales como alcoholismo, depresión, comportamiento delictivo en adolescentes, y suicidio (Rusell et al., 1980). Para la muestra encuestada, los puntajes estandarizados tanto para hombres como para mujeres muestran un valor de 6, considerándola un factor de riesgo. Esto se relaciona bien con las sumatoria de puntajes a las respuestas, pues para las mujeres el total mayor se encuentra en la opción “A veces” y para los hombres en la opción “Nunca”, implicando que los varones se sienten más solitarios que las mujeres, lo que corrobora los hallazgos iniciales de Rusell et al. (1980) sobre la relación de la variable con el sexo.

Con respecto a la variable resiliencia, la escala BRS (Escala Breve de Resiliencia) aporta con valores estandarizados de 1 para la muestra tanto en mujeres como en hombres. Estos datos presentan a la variable resiliencia como un factor de protección para la muestra de adolescentes evaluada. Todos ellos muestran una alta tendencia a adaptarse y recuperarse

de circunstancias estresantes, no desanimarse ante una adversidad significativa, y funcionar sobre la norma a pesar del estrés y la adversidad, según las frecuencias de respuestas obtenidas en los 6 reactivos del cuestionario. Los resultados obtenidos guardan concordancia con los la información proporcionada por Smith et al. (2008) en su estudio sobre la escala BRS, y la medición de la resiliencia como una variable relacionada a una buena salud mental.

En lo que tiene que ver con el consumo y uso de sustancias psicoadictivas, el test ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (2010), muestra puntajes de 1 para los hombres y 0 para las mujeres, indicando que la variable de consumo de sustancias adictivas como tabaco, marihuana, cocaína, LSD, éxtasis, heroína, etc., o la inhalación de pegamentos, pinturas, o solventes, es un factor de protección, debido al bajo o nulo consumo de estas sustancias según lo informan los encuestados a través de sus respuestas a los reactivos. El test ASSIST, usado como un screening de atención primaria para el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, es uno de los mejores tests para detectar el consumo y facilitar la identificación de individuos y grupos en riesgo (OMS, 2010). Afortunadamente, este no es el caso para los 64 miembros de la muestra evaluada.

Para las variables de ansiedad y depresión, se ha utilizado el PHQ-9 (Cuestionario de Salud del Paciente para Depresión y Ansiedad), observándose que los puntajes estandarizados hallados para hombres y mujeres son de 2 para cada sexo. El PHQ-9 es un instrumento que no es considerado un screening para depresión pero es ampliamente usado para hacer un diagnóstico tentativo de depresión y ansiedad en poblaciones de riesgo, en atención primaria, básicamente (Baader et al, 2012). Para el grupo muestral evaluado, los resultados indican que la variable de depresión y ansiedad es un factor protector, debido al valor de puntaje estandarizado de las respuestas a los reactivos, que se encuentra a tres puntos bajo el valor de referencia. Esta es una variable de alta consideración por la problemática de salud mental que representan los trastornos depresivo durante la adolescencia, los cuales, cuando no son diagnosticados y tratados suelen tener consecuencias tan graves como el suicidio.

Por último, test LSQ (Cuestionario de Satisfacción Vital) evalúa la variable satisfacción vital de la muestra, encontrándose puntajes estandarizados de 7 para las mujeres y 8 para los varones. El cuestionario indaga de manera general sobre como consideran su vida las personas encuestadas. Para los dos sexos las respuestas muestran que califican su vida como satisfactoria. La variable entonces es un factor protector para los integrantes de la muestra pues esta variable está relacionada con los valores y las metas personales y como

estas satisfacen sus características individuales de personalidad, a través de mecanismos psicológicos como el autoconcepto, la autoeficacia, la autoestima, a la par de otros factores externos como la estructura familiar, las situación socioeconómica, las relaciones sociales, entre otras (Raboteg-Šarić et al, 2008). Se observa que el puntaje de esta variable está relacionada directamente con los puntajes de las otras variables analizadas y discutidas anteriormente y que expresan el sentir y pensar actual de los estudiantes encuestados.

CONCLUSIONES

- Existen variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y a la salud mental a nivel nacional en los estudiantes de bachillerato, siendo estas el estrés, la inflexibilidad psicológica, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, el consumo de drogas, la resiliencia, la depresión, la personalidad tipo A, y la satisfacción vital.
- En la muestra estudiada las variables: estrés percibido; inflexibilidad psicológica; consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias; resiliencia; depresión; personalidad tipo A; y, satisfacción vital, son predictores de una buena salud mental.
- Los resultado indican que la variable soledad (relaciones sociales) es predictora de una menor salud mental y un consumo problemático de sustancias psicoadictivas.
- Existen poca o ninguna diferencia en cuanto a los datos estandarizados para las diferentes variables en función del sexo, salvo para el caso del estrés percibido para el cual los puntajes obtenidos muestran un mayor efecto protector en la mujeres que en los hombres.
- Se puede concluir que, de acuerdo a la evidencia de los resultados, la salud mental de los adolescentes de la muestra evaluada es buena.
- Los resultados tanto de las variables predictoras como factores de riesgo o de protección pueden permitir desarrollar y establecer programas que fortalezcan las protectoras y disminuyan la incidencia de aquella que no lo es.
- Los resultados obtenidos se correlacionan significativamente con aquellos encontrados en la literatura citada sobre el tema en cuanto a las variables analizadas.
- Los resultados obtenidos permiten la redacción de un informe que sirva de referencia para la población de la Unidad Educativa y para estudios posteriores que se hagan sobre el tema.

RECOMENDACIONES

- Si bien los tests y cuestionarios son buenos instrumentos para evaluar las variables consideradas, se sugiere la utilización de un cuestionario más específico para la variable satisfacción vital, de manera que se pueda hacer un análisis con mayores relaciones a las otras variables investigadas.
- Se recomienda que la Universidad realice convenios con instituciones educativas para llevar a cabo estudios permanentes sobre problemáticas como esta que aborda un tema de tanta trascendencia como la salud mental.
- Es necesario y prioritario que se extienda la labor investigativa con muestras de mayor número para obtener valores más significativos y lo más cercanos posibles a aquella de la población investigada.
- Que la presente investigación como parte de un gran proyecto nacional sea útil para que se estudien nuevas propuestas de intervención en cuanto a la prevención en el uso de drogas y alcohol a nivel nacional.
- Se propone que la labor de investigación y su posterior informe sea distribuida en forma resumida, como trípticos, por ejemplo, a los docentes y autoridades de la institución colaboradora con el fin de que ofrecerles conocimientos sobre el tema abordado.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Baztán, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. 1ª Ed. Barcelona, España. Editorial Boixareu Universitaria.

Álvarez, R. J. (1999). *Inteligencia emocional: el valor de la aceptación y el compromiso*. Obtenido en http://www.proyectohombre.es/archivos/24.pdf

Álvarez Vélez, M. I. (2010). *La familia ante la enfermedad*. 1ª Ed. Madrid, España. Graficas ORMAG.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2004). *Los Adolescentes: el Alcohol y otras Drogas*. Obtenido en https://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Los_Adolescentes_el_Alcohol_y_Otras_Drogas_03.aspx

Antaramian, S., y Huebner, S. (2009). Stability of adolescents' multidimensional life satisfaction reports. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 27, 421-425.

Aranda, I. (2013). *Emociones capacitantes: Su gestión en el desarrollo de personas: coaching, liderazgo, educación*. 1ª Ed. Madrid, España. Editorial Rasche.

Atienza, F. L., et al. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*. 12, 314-319.

Baader, T. et al. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatría*. Vol.50 (1). Pp 10-12. DOI: 10.4067/S0717-92272012000100002

Barberá, E., et al. (2007). *El constructivismo en la práctica*. 4ª Ed. Madrid, España. Editorial Laboratorio Educativo.

Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 4, Nº 3, pp. 505-515.

Bartolomé, R. y Rechea, C. (1999). *El consumo de drogas en el ámbito laboral: encuesta sobre la población ocupada de Castilla-La Mancha*. 1ª Ed. Cuenca, España. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Benjamín, J. (2000). *El Estrés*. México D.F., México. Publicaciones Cruz S.A.

Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. 1ª Ed. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana, S. A.

Bermúdez, J. (2012). *Psicología de la personalidad*. 1ª Ed. Madrid, España. Editorial de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Bond, F. W. y Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.

Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2013). *Observatorio Nacional de Drogas. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años*. Quito, Imprenta Full Color.

Cabrejo, J. (2005). La Promoción de la Resiliencia y el Diseño de Políticas Sociales. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM*. X, 28 (p. 51). Octubre-Diciembre. Obtenido en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/28 /a04.pdf

Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, Vol. 31, 4. Obtenido en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci_ arttext

Chapman, K. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la ansiedad*. Madrid, España. Editorial Edaf, S.L.

Clonninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. 3ª. Ed. México. Pearson Educación de México S.A. de C.V.

Cohen, S., Kamarch, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396

Cuevas, E. (2007, Agosto 10). *La depresión*. Obtenido en http://www.monogra fias.com/usuario/perfiles/ernestina_cuevas_maciel/monografias

Delval, J. (2008). *El desarrollo humano*. 8ª Ed. Madrid, España. Siglo XXI de España Editores, S. A.

Diener, E., et al. (1999). Subjetive well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 125(2), 276-302.

Dueñas, M. V. (2011). *La Adolescencia: Sus características fisiológicas, psicológicas y sociológicas*. Obtenido en http://www.ilustrados.com/tema/7299/Adolescencia--caracteristicas-fisiologicas-psicologicas-sociologicas.html

Elizondo, L. (2001). *Cuidemos Nuestra Salud*. México, México D.F. Editorial Limusa, S.A. de C.V.

Espada, J. P., et al. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo.* 23 (84), enero-abril, 9-17. Obtenido en http://www.redalyc. org/articulo.oa?id=77808402

Esquerda, M. (2012). La eficacia de los mecanismos de protección de la infancia en situaciones de riesgo: La visión desde la salud mental. En Padial Albás, A. (1ª Ed.) *El acogimiento y otras medidas de protección de la infancia y adolescencia desamparada* (pp. 136-138). Lleida, España. Edicions de la Universitat de Lleida.

Fernández, R. (2007). *Alcohol y Psicoactivos la "Bomba" de la pubertad*. 1ª Ed. España. Editorial Visión Libros.

Fernández D'Adam, G. (2005). *Resiliencia: Ética y Prevención*. Argentina. Gabas Editorial

García Madruga, J. A. y Delval, J. (2010). *Psicología del desarrollo I, Volumen 1*. España. Editorial UNED.

Goldenring, J. (2005, Abril 17). *Depresión en adolescentes*. Obtenido en http://www.nlm.nih.gov/ medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm

Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*. 4, 160-168.

González Clavero, M. (2008). *Educación ético-cívica 4º ESO*. 1ª Ed. España. Editorial Editex, S. A.

González García, M. (2006). *Manejo del estrés*. 1ª. Ed. Málaga, España. Innovación y Cualificación S.L.

Guillamón, N. (2004). *Ansiedad y personalidad*. Obtenido en http://www.clinicade ansiedad.com/02/156/Ansiedad-y-personalidad.htm

Gumucio, M. (s.f.) Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. Obtenido enscuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html

Guzmán Serrano, L. (2002) La enfermedad mental: factores educativos que inciden en ella. En Serrano Gonzales, M. (2ª. Ed.) *La Educación para la Salud Del Siglo XXI: Comunicación y Salud* (p. 213). Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Hayes, C., Strosahl, K., Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experimental approach to behavior change*. 1ª ed. New York, Estados Unidos de America. Guilford Press

Herranz, J. S., et al (1997). Expresión emocional y personalidad tipo C: diferencias entre mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(1): 93-126

Iglesias Diz, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. XVII (2): 88-93.

Iglesias Parra, M (2011). *Estudio del estrés percibido por alumnos noveles de ciencias de la salud* (tesis inédita doctoral). Universidad de Malaga. Málaga, España.

Kashdan, T. B. (2010, 1 de Noviembre). Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. *Clinical Psychology Review.* 30(7): 865–878. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001

Leturia, F. J., et al. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. 1ª. Ed. Madrid, España. Caritas Española Editores.

Luciani, J. J. (2001). *Cómo Superar la Ansiedad y la Depresión: Qué hacer cuando su vida se descontrola*. 1ª. Ed. Barcelona, España. Editorial Amat.

MacDowell, J. y Hostetler, B. (2006). *Manual para consejeros de jóvenes: una guía completa para equipar a líderes de la juventud, pastores, maestros y padres*. 4ª Ed. Texas, EE.UU. Editorial Mundo Hispano.

Marcos Pérez, E. (2013). *Competencia de interacción con el alcohol en adolescentes: Efectos de una e-intervención*. 1ª Ed. Almería, España. Editorial Universidad de Almería.

Martín Vásquez, J. (2014). *Personalidad y enfermedad*. Obtenido en http://todoes mente.com/psicosomatica/personalidad-y-enfermedad

Martínez, E. C. (2015, Mayo 25). 7 preguntas para detectar un consumo problemático de alcohol. *Infosalus.com*. Obtenido en http://www.infosalus.com/asistencia/ noticia-cuestiones-detectar-consumo-problematico-alcohol-20150524092932.html

Martínez Ruiz, M. y Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. 1ª Ed. Madrid, España. Editorial Díaz de Santos, S. A.

Maté, C. O., González, S. L., Trigueros, M. L. (24 Noviembre, 2010). *¿Qué es el apoyo social?* Obtenido en http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social.

McLeod, S. (2014). *Type A Personality*. Obtenido en http://www.simplypsychology.org/ personality-a.html

Mena, M, y Muñoz, S. (2010). *Presión social y consumo de alcohol en los Adolescentes* (tesis de grado). Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Mingote, C. y Requena, M. (2008). *El malestar de los jóvenes: Contextos, raíces y experiencias*. 1ª Ed. Madrid, España. Editorial Díaz de Santos, S.A.

Myers, D. (2005). *Psicología*. 7ª. Ed. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana S.A.

Ninan, P. y Berger, J. (2001). Symptomatic and syndromal anxiety and depression. *Depression and Anxiety*. 14, 79-85.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco B., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*. Vol. 3, pp. 400–424. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Organización Mundial de la Salud (2010). *ASSIST, La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Obtenido en http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol, Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Obtenido en http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDIT manualSpanish.pdf

Organización Mundial de la Salud –OMS- (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas.* Obtenido en http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_ alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud –OMS- (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud –OMS- (2015). *Depresión*. Obtenido en http://www.who.int/topics/depression/es/

Pastor, E. (2012, 7 de mayo). *Personalidad y enfermedad*. Obtenido en http://www.actualpsico.com/personalidad-y-enfermedad/

Pastor, E. (2012, 15 de octubre). *Psicología Positiva I*. Obtenido en http://www.actualpsico.com/psicologia-positiva-i/

Pavot, W., et al. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Journal of Personality Assessment*. 57, 149-161

Perinat, A., et al. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI: Un enfoque psicosocial*. 1ª Ed. Barcelona, España. Editorial UOC.

Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J., y Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. 1ª Ed. Navarra, España. Ediciones Rialp.

Raboteg-Šarić, Z. et al. (2008, Abril 3). *Life satisfaction in adolescents: the effects of perceived family economic status, self-esteem and quality of family and peer relationships*. Obtenido en file:///C:/Users/Mauricio/Downloads/di101_11raboteg.pdf

Rice, P. F. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. 1ª Ed. México. Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A.

Rodríguez, J. J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Organización Panamericana de la Salud: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, EE. UU. OPS

Ropero, M. (27 de Julio de 2012). *La relación entre estado de salud y personalidad*. Obtenido en http://panoramacultural.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=553:la-relacion-entre-estado-de-salud-y-personalidad&catid= 9:bienestar

Rutter, M. A. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*. 14, 626-631

Rusell, D. et al. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 39, No. 3, 472-480

Salgado, C. F. (2015, Enero). *Terapia de Aceptación y Compromiso (Act*). Obtenido en http://www.consulta-psicologo.es/index.php?it=2

Schaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. 1ª Ed. México. Siglo XXI Editores, S. A. de C. V.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) del Gobierno de Chile (2011). *Glosario de Términos*. Obtenido en http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/

Smith, B.W. et al (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*. September 2008, Vol 15 (3), pp 194-200. DOI: 10.1080/10705500802222972.

Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*. 334, 835-840.

Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas: un enfoque educativo*. 1ª Ed. Buenos Aires, Argentina. Editorial Troquel.

Valdés, C. A. y Flórez, J. A. (1996). *El niño ante el hospital: programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. 1ª Ed. Servicios de Publicaciones, Universidad de Oviedo.

Wilson, I. B. y Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with Health Related Quality of Life. A conceptual model of patient outcomes. J*ournal of the American Medical Association*. 273, 59-65.

Wollis, R. (2010). *Cuando un ser querido sufre una enfermedad mental: Un manual para familiares, amigos y cuidadores*. New York, Estados Unidos de América. iUniverse Inc.

ANEXOS

Anexo 1. Batería de cuestionarios

UTPL

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:	☐ Masculino	☐ Femenino	2. Edad:	_____ (años)
3. Peso:	_____ (libras)		4. Altura:	_____ (cm)
5. Nivel de estudios:	☐ 1ro de bachillerato	☐ 2do de bachillerato		☐ 3ro de bachillerato
6. Tipo de establecimiento:	☐ Fiscal	☐ Fiscomisional		☐ Particular
7. Estado civil:	☐ Soltero	☐ Casado	☐ Separado / Divorciado	Otro _____
8. Ocupación principal:	☐ Estudiante a tiempo completo		☐ Estudiante y trabajador	Si su respuesta es estudia y trabaja. ¿Cuántos años viene trabajando? _____
9. Zona donde vive:	☐ Urbano		☐ Rural	

10. ¿Quienes viven con usted?	☐ Madre	☐ Padre	☐ Hermanos	☐ Tios	☐ Abuelos	Otros (especifique) _____

11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?:	_____
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?:	☐ Si ☐ 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.	☐ Es inferior a 30 minutos al día	☐ Es superior a 30 min al día de **intensidad moderada** (ej. caminar a paso rápido, bailar, tareas domésticas...)	☐ 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?.	☐ Si	☐ No, pero considero mi dieta, en general, saludable.	☐ 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?.		☐ Si	☐ 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?.	☐ Ninguna	☐ Diabetes	☐ Colesterol	☐ Hipertesión	☐ Síndrome del colon irritable	☐ Problemas cardiovasculares	☐ Artritis o artrosis	☐ Tumores
	☐ Cáncer	☐ Úlceras	☐ Otros problemas gastrointestinales	☐ Anemia	☐ Osteoporosis	☐ Bruxismo (rechinar los dientes sin propósito)	☐ Dificultades respiratorias (asma o bronquios)	☐ Alergia
	☐ Ansiedad o depresión	☐ Problemas de atención o memoria	☐ Hiperactividad TDHA	☐ Acné	☐ Anorexia		☐ Obesidad	☐ Otras
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?.	☐ Muy mala	☐ Mala		☐ Normal (ni buena, ni mala)			☐ Buena	☐ Muy Buena

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

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

1. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cócteles, etc.)?	☐ Nunca	☐ Una vez al mes o menos.	☐ 2 a 4 veces al mes	☐ 2 ó 3 veces a la semana	☐ 4 ó más veces a la semana.
2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe?	☐ 1 ó 2	☐ 3 ó 4	☐ 5 ó 6.	☐ 7, 8 ó 9	☐ 10 o más.
3. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensual-mente	☐ Semanal-mente	☐ A diario o casi a diario.
4. En el último año ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensual-mente	☐ Semanal-mente	☐ 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?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensual-mente	☐ Semanal-mente	☐ A diario o casi a diario.
6. En el último año ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensual-mente	☐ Semanal-mente	☐ A diario o casi a diario.
7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensual-mente	☐ Semanal-mente	☐ 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?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensual-mente	☐ Semanal-mente	☐ A diario o casi a diario.
9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?			☐ No	☐ Sí, pero no en el curso del último año.	☐ 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?			☐ No	☐ Sí, pero no en el curso del último año.	☐ Sí, en el último año.

De los sigueintes 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.	☐ Muy bien	☐ Bastante bien	☐ En parte	☐ Nada
2. Normalmente me siento presionado por el tiempo	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo
3. Soy muy exigente y competitivo.	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo
4. Soy autoritario y dominante.	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo
5. Como muy rápido.	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo
6. ¿A menudo se siente muy presionado por el tiempo?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo
7. ¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral / escolar?			☐ Sí	☐ No
8. ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?			☐ Sí	☐ No
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?			☐ Sí	☐ No
10. ¿Se siente molesto al esperar?			☐ Sí	☐ No

1. ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
2. ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
3. ¿Con qué frecuencia sientes que no hay nadie que puedas pedir ayuda?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
4. ¿Con que frecuencia te sientes solo/a?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
5. ¿Con que frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
6. ¿Con que frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
7. ¿Con que frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
8. ¿Con que frecuencia sientes que tus intereses e ideas no son compartidos por quienes te rodean?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
9. ¿Con que frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
10. ¿Con que frecuencia te sientes cercano a las personas?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
11. ¿Con que frecuencia te sientes excluido?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
12. ¿Con que frecuencia sientes que tus relaciones sociales no son significativas?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
13. ¿Con que frecuencia sientes que nadie te conoce realmente bien?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
14. ¿Con que frecuencia te sientes aislado/a de los demás?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
15. ¿Con que frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
16. ¿Con que frecuencia sientes que hay persona s que realmente te comprenden?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
17. ¿Con que frecuencia te sientes tímido?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
18. ¿Con que frecuencia sientes que tienes personas alrededor, pero no están contigo?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
19. ¿Con que frecuencia sientes que hay personas con quien puedas hablar?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre
20. ¿Con que frecuencia sientes que ha y personas con las que puedes contar?	☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ A veces	☐ Siempre

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

1. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido drogas?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ 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.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína (coca, crack, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido anfetaminas (speed, éxtasis, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
8. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolan, clonazepan, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)?	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas	☐ Nunca	☐ 1 o 2 veces	☐ Cada mes	☐ Cada semana	☐ Diario o casi a diario

1. Poco interés o agrado al hacer las cosas	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ Casi cada día
2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ Casi cada día
3. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ Casi cada día
4. Se siente cansado o tiene poca energía.	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ Casi cada día
5. Tiene poco o excesivo apetito.	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ 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.	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ Casi cada día
7. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ 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.	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ Casi cada día
9. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.	☐ Nunca	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días.	☐ Casi cada día

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

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

Gracias por su colaboración

Anexo 2. Carta de Presentación

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN Y DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Señor/ra_____

RECTOR _____

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

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

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

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

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

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

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

Atentamente,

Mgtr. Marina del Rocío Ramírez
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez
COORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

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

Anexo 3. Consentimiento informado rectores

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: Palestina, provincia del Guayas

Yo, Lcdo. Felix Rugel Espinoza, en calidad de Rector de la Unidad Educativa Palestina, de la ciudad de Palestina, autorizo la aplicación la batería de los instrumentos psicológicos a los estudiantes del primero y segundo de bachillerato, como parte del proyecto: "Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015", desarrollado por la Universidad Técnica Particular de Loja.

Así mismo, autorizo que se utilice esta información con fines, académicos, de investigación y publicaciones, guardando la confidencialidad de la institución educativa y los datos personales de los estudiantes.

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

F.----------

Fecha: 8 de junio del 2015

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

Anexo 4. Formulario de Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015
Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología
Contactarse: Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631
Ciudad: _____

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

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

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

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

Riesgos e incomodidades:
No se han descrito. El alumno puede abandonar la tarea libremente cuando lo desee.

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

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

Aceptación de la participación

Nombre del padre/madre/representante legal del estudiante participante: _____	**Firma del investigador:** _____
CI _____	**CI:** _____
Firma del padre de familia: _____	**Fecha:** _____

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

Anexo 5. Formulario de Asentamiento Informado

UNIVERSIDAD TÈCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

ASENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

☐ Sí quiero participar

Nombre del participante:	Nombre y firma del investigador:
_____	_____
	_____
Fecha: _____	

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