



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los
estudiantes de bachillerato de Santo Domingo (Distrito 4 – Zona 1) 2015**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Espín Espinoza, Mario Vicente

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth, Mgtr

CENTRO UNIVERSITARIO SANTO DOMINGO

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

Mgtr. María Elizabeth Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación **Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato de Santo Domingo (Distrito 4 – Zona 1) 2015** realizado por **Mario Vicente Espín Espinoza**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre 2015

Mgtr. María Elizabeth Vivanco Vivanco

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Mario Vicente Espín Espinoza declaro ser autor del presente trabajo de titulación: *Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato de Santo Domingo (Distrito 4 – Zona 1) 2015*, de la Titulación de Licenciatura en Psicología, siendo Mgtr. María Elizabeth Vivanco Vivanco 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”.

.....

Mario Vicente Espín Espinoza
171710017-4

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi madre Elena Espín

cuyo mayor deseo es ver a su único hijo

conseguir un logro académico importante.

Te amo con mi vida *perrin*.

Mario Vicente Espín Espinoza

AGRADECIMIENTO

Agradezco al personal docente y administrativo de la
Universidad Técnica Particular de Loja,
quienes con su guía y apoyo me han motivado para ´perseverar,
especialmente a la Lic. Sandra Toledo,
a las personas que me apoyaron de una u otra manera y
también a todas esas personas que nunca creyeron en mí.

Esto es para ustedes.

Mario Vicente Espín Espinoza

INDICE

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1.	
MARCO TEÓRICO	4
1.1. Definición de salud mental.....	5
1.2. Factores asociados a la salud mental.....	8
1.2.1. Personalidad.....	8
1.2.2. Estrés.....	10
1.2.3. Apoyo Social.....	11
1.2.4. Inflexibilidad psicológica.....	12
1.2.5. Compromiso Vital.....	12
1.2.6. Resiliencia.....	13
1.2.7. Ansiedad y Depresión.....	14
1.2.8. Satisfacción vital.....	15
1.3. Consumo de drogas.....	16
1.3.1. Consumo problemático de drogas.....	17
1.3.2. Consumo problemático de alcohol.....	20
1.3.3. Causas del consumo de drogas.....	21
1.3.4. Consecuencias del consumo de drogas.....	22
1.4. Adolescentes	23
1.4.1. Desarrollo biológico	24
1.4.2. Desarrollo social.....	25
1.4.3. Desarrollo psicológico.....	27
CAPÍTULO 2.	
METODOLOGÍA.....	28
2.1. Objetivos:	29
2.1.1. Objetivo general	29
2.1.2. Objetivos específicos.....	29

2.1.3. Preguntas de investigación.....	29
2.2. Diseño de investigación.....	29
2.3. Contexto	29
2.4. Población.....	30
2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	30
2.5.1. Métodos.....	30
2.5.2. Técnicas	30
2.5.3. Procedimiento.....	45
2.5.4. Recursos	46
CAPÍTULO 3.	
ANÁLISIS DE DATOS	47
3.1. Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos.	48
3.1.1. Datos Psicosociales.	48
3.1.2. Análisis de resultados generales	49
3.1.3. Análisis de resultados respecto al género femenino.....	57
3.1.4. Análisis de resultados respecto al género masculino.	62
3.2. Discusión de los resultados obtenidos.....	66
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	71
ANEXOS.....	75

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, tiene como finalidad identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental, consumo problemático de sustancias y estupefacientes. Para ello se trabajó con una muestra de 78 estudiantes, 47 estudiantes de primero, y 31 estudiantes de segundo de bachillerato de un colegio ubicado en la ciudad de Santo Domingo, a quienes se les aplicó diversos cuestionarios y test que permitieron examinar los diversos factores psicosociales asociados a la salud mental de los mismos.

Los resultados de la investigación evidenciaron la presencia de bajos niveles de consumo de alcohol y otro tipo de drogas, la presencia de valores normales de estrés, ansiedad y depresión y valores positivos en satisfacción vital percibida. También se evidenció la presencia de varios factores que afectan la salud mental en jóvenes, siendo el estrés, la resiliencia, la inflexibilidad psicológica, el consumo de alcohol y drogas, y otros factores que se encuentran interviniendo en el proceso de desarrollo del adolescente.

PALABRAS CLAVES: Salud mental, estrés, resiliencia, alcohol, drogas, adolescencia, ansiedad y depresión, inflexibilidad psicológica.

ABSTRACT

This study is descriptive, it aims to identify and analyze the variables associated with mental health, problematic substance use and drugs. For this we worked with a sample of 78 students, 47 freshmen, and 31 sophomores in high school of a school located in the city of Santo Domingo, who were administered several questionnaires and test that allowed discuss various psychosocial factors associated with mental health of themselves.

The results of the research showed the presence of low levels of alcohol and other drugs, the presence of normal levels of stress, anxiety and depression and perceived positive values in life satisfaction. The presence of several factors that affect mental health in young people was also evident, with the stress, resilience, psychological inflexibility, alcohol and drugs, and other factors that are involved in the process of adolescent development.

KEYWORDS: Mental health, stress, resilience, alcohol, drugs, adolescence, anxiety and depression, psychological inflexibility.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enfoca en determinar de qué manera los factores psicosociales como el estrés, resiliencia, tipo de personalidad, ansiedad y depresión, consumo de alcohol y drogas, inflexibilidad psicológica entre otros, intervienen en el desarrollo físico y psicológico del adolescente, cada uno de ellos determina una conducta diferente en el individuo, solo estableciendo el grado de influencia de cada uno de los factores en el desarrollo se puede empezar a elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, importante en nuestro entorno ya que se puede observar un consumo cada vez más temprano de alcohol y drogas, intentos de suicidios en adolescentes, bajo rendimiento escolar, anorexia y bulimia entre otros problemas comunes en la juventud actual.

Los objetivos establecidos para la presente investigación son: seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental, seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias y elaborar un informe de resultados del establecimiento investigado.

Según un estudio realizado en el 2012 por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), se determinó que el inicio de consumo de drogas en esa fecha es de 14.3 años, edad significativamente temprana para empezar a consumir sustancias nocivas; no solamente el consumo de alcohol y drogas afecta el normal desarrollo de los adolescentes, el estrés, ansiedad, depresión y otros factores intervienen de manera directa en ésta etapa.

La presente investigación consta de un capítulo referente al marco teórico, en él se establecen las definiciones y los criterios más importantes de cada uno de los factores que afectan la salud mental en los adolescentes, personalidad, estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad y depresión, satisfacción vital, en lo referente al consumo de drogas se investiga sobre el consumo problemático de alcohol y otras drogas, las causas y posteriores consecuencias del consumo de drogas y alcohol. Asimismo, se trata un tema sobre adolescentes y sus cambios biológicos, sociales y psicológicos. El siguiente capítulo corresponde a la metodología de la investigación, lo relacionado a objetivos, población y muestra, instrumentos y el desarrollo de las actividades realizadas en la obtención de datos. Consecutivamente en el siguiente capítulo detalla los resultados, análisis y discusión de los datos obtenidos. Seguido finalmente por las conclusiones y recomendaciones obtenidas luego de realizar la investigación.

Para realizar esta investigación se contó con el apoyo de la máxima autoridad del establecimiento educativo, no existieron limitantes mayores que impidieran el normal desarrollo de la investigación, los alumnos colaboraron con los datos que cada reactivo les solicitaba, la realización de la encuesta en sí, tuvo una duración aproximada de 40 minutos por aula y fueron dos los paralelos investigados, un paralelo de primer año y otro de segundo año de bachillerato sumando un total de 78 sujetos de la muestra.

De acuerdo a los datos obtenidos se establece que en efecto existe un consumo de alcohol en los estudiantes, cuya frecuencia es menor a una vez por mes, siendo un consumo moderado, en lo referente al consumo de drogas el consumo de marihuana y cocaína en los sujetos de la muestra es relativamente mínimo, como dato importante se puede observar un consumo frecuente de somníferos o pastillas para dormir en estudiantes de sexo femenino, aunque en proporción son pocas las estudiantes que lo consumen, es importante determinar las causas.

El diseño metodológico de la investigación fue de tipo no experimental, diseño transeccional y enfoque cuantitativo con alcance descriptivo; ya que se pretendió analizar los fenómenos en su contexto natural mediante la aplicación de encuestas que permitieron recoger la información necesaria para el alcance de los objetivos propuestos.

CAPITULO 1
MARCO TEÓRICO

La importancia de la salud mental ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde su origen y se manifiesta al definir a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Según la OMS (2000) en su publicación del Atlas de salud mental, ésta se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. La pobreza y los estresores psicosociales asociados (por ejemplo, violencia, desempleo, exclusión social e inseguridad) se correlacionan con los trastornos mentales. La pobreza relativa, la escasa educación y la desigualdad en el seno de las comunidades se asocian a un riesgo elevado de problemas de salud mental.

1.1. Definición de salud mental.

La dimensión positiva de la salud mental ha sido señalada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental (Jong-wook, 2004).

La salud mental es el proceso en el cual se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. La adaptación activa a la realidad, que implica la transformación constructiva del medio y la modificación del propio sujeto es, entonces, el criterio básico de salud (Pichon Riviere, 1981). Se puede establecer que una persona mentalmente sana es aquella capaz de hacer frente a la realidad de una manera constructiva, de sacar provecho de la lucha y convertir a ésta en una experiencia útil, encontrar mayor satisfacción en el dar que en el recibir y estar libre de tensiones y ansiedades, orientando sus relaciones con los demás para obtener la mutua satisfacción y ayuda, poder dar salida a cierto monto de hostilidad con fines creativos y constructivos y desarrollar una buena capacidad de amar.

La vida en sociedad requiere de la cooperación y, por tanto, de interés social. Esto ya se ve cuando se consideran las tres tareas fundamentales de la vida: trabajo, amor e interacción social. El éxito de todas estas tres áreas es una evidencia de salud mental (Cloninger,

2003). Esas tres tareas están interrelacionadas. Ninguna puede ser resuelta en el aislamiento. Ninguna puede ser resuelta adecuadamente a menos que exista un suficiente interés social.

Se puede considerar salud mental como la capacidad para poder ser, para poder realizarnos como seres humanos, para poder enfrentarnos con los problemas, los conflictos, las dificultades, los avatares de la vida (Cortese, 2004), es decir que Salud Mental sería la capacidad potencial de realizarnos, en nuestra propia vida. No nos es dada de una vez por todas, sino que debemos conquistarla permanentemente, y que sufre vicisitudes.

Podemos referirnos de igual manera a la salud mental como la "Capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás o vinculaciones afectivas adecuadas, de tolerar la frustración y de adaptarse a situaciones sociales e interpersonales. Equivale a ausencia de enfermedad mental" (Farre, 1999. p 213). Mientras que una conceptualización más contemporánea es la que pertenece a Szekely (2000), donde propone que la salud mental es un estado positivo que consiste en la buena adaptación de un individuo que disfruta su proceso vital y está orientado hacia su autorrealización; tal estado de perdurabilidad relativa, excede el marco de la mera ausencia de perturbaciones mentales.

La salud mental, a menudo confundida con la normalidad, implica según varios autores: aceptar las limitaciones y posibilidades de la realidad, trabajar de acuerdo a las propias necesidades, mantener relaciones armoniosas, razón y equilibrio, capacidad de amar, adecuación en amor, trabajo y juego, adecuación en las relaciones interpersonales, autoestima y equilibrio emocional, descarga normal (vía razón) de las emociones, control del pánico, y abandono de la visión egocéntrica del mundo.

Los criterios para distinguir salud enfermedad dependen de una nomenclatura taxonómica y clasificatoria, que más que al "enfermo" encuentran a su enfermedad, que no ve en su cuerpo una biografía sino una patología. Distinguimos entonces el concepto de normal/anormal desde un criterio estadístico, desde un criterio axiológico y desde un punto de vista personal. En este último caso, aunque un paciente pudiera ser diagnosticado psicopatológicamente, su existencia no se reduce a esta referencia negativa con la norma abstracta. La alienación se comprende ahora no como un déficit o negatividad sino como producción de formas significativas que reinsertan al sujeto en el flujo histórico del cual se había apartado o diversos motivos lo habían apartado. Esto permite tomar la experiencia psicótica como la presencia de una nueva organización normativa y no solo como la desviación de la norma. De acuerdo a Rovalletti (1996, p. 28):

Es preciso desarrollar en el tratamiento de la enfermedad mental, nuevas formas de terapia creativa que no se concentren primariamente en la eliminación de factores de disturbo, mecanismos patógenos, etc., sino en la exposición y movilización de potenciales aun no explorados de salud que pudieron haber sido sepultados por manifestaciones psicopatológicas.

La evolución normal del individuo y de su capacidad de amor parecen basarse ampliamente en el grado en el cual el yo temprano logro elaborar y superar la posición depresiva. En último término, ello parece depender de la capacidad del yo de modificar suficientemente sus situaciones de angustia primitivas y sus mecanismos de defensa y de desarrollar así nuevos mecanismos de defensa, que llevan a una confianza mayor y más estable en la bondad de sus objetos internalizados y reales (Klein, 1999).

La adaptación al mundo externo no debe interferir con la libertad de nuestras emociones y pensamientos, y esto implica interacción entre lo externo e interno, no división y aislamiento. Tal equilibrio no implica evitar conflictos, sino tolerar emociones conflictivas y poder manejarlas. El débil de carácter hace una renegación: vive superficialmente evitando siempre enfrentarse con sus conflictos más profundos. Esta inseguridad de la renegación implica falta de confianza en uno mismo. No puede soportar el dolor ni mucho menos, por lo tanto, compartirlo o comprenderlo en otros.

Otro aspecto importante de la salud mental es la integración de las diferentes partes del self en forma exitosa. La sensación de tener partes desconocidas de uno mismo urge a la integración. Lo que se busca integrar es el amor con el odio, pues el primero puede mitigar el segundo, pues si ambos se mantienen separados no se produce alivio. La integración siempre implica dolor, pues el odio disociado y sus consecuencias son difíciles de enfrentar, y la incapacidad de tolerar este dolor renueva la tendencia a disociar. La integración crea además una tolerancia hacia nuestros impulsos y, por lo tanto, hacia los defectos ajenos, pero una integración de la vida mental como la expuesta en la práctica es imposible realizar con plenitud (Klein, 2001).

Para Winnicott (1998. p 43):

La salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que he denominado un ambiente facilitador, es decir un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebe y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según el modelo que ha heredado. Pero esto no es todo. Si suponemos la salud mental, la madre (si obra

correctamente) está echando las bases de la fuerza de carácter y de la riqueza de la personalidad del individuo. Teniendo una buena base, el individuo será capaz, con el tiempo, de relacionarse creativamente con el mundo, y de disfrutar y utilizar lo que este tiene para ofrecerle, incluyendo la herencia cultural.

1.2. Factores asociados a la salud mental.

Los factores que pueden desarrollar alteraciones en la salud mental de los adolescentes son muchos y muy diversos, pero en las investigaciones sobre este tema se han hallado algunos factores que aparecen de modo más frecuente produciendo en la mayoría de las ocasiones estados de estrés, ansiedad y depresión. Entre ellos destacamos el desempleo de sus padres, los problemas económicos derivados de la falta de trabajo, los efectos de perder los beneficios no económicos que el trabajo proporciona (como la pérdida de posición social, propósito y contactos sociales y una estructura temporal para el día), el riesgo de empleos inseguros e insatisfactorios, la depresión en alguno de los padres (particularmente la madre), el aburrimiento, la soledad (forzosa más que voluntaria), las dificultades con los amigos, los conflictos familiares, la falta de apoyo de las personas significativas (Coleman & Hendry, 2003) y el uso y abuso de alcohol y otras drogas (Canals, 1990).

1.2.1. Personalidad

Existen diversas definiciones en lo que se refiere a personalidad debido a las diversas perspectivas o enfoques que tiene cada autor; sin embargo, se puede tomar en consideración las siguientes definiciones: se considera a la personalidad como la suma total de todas las cualidades, rasgos y conductas que caracterizan a una persona y por la cual, junto con sus atributos físicos, la persona es percibida como un individuo (Aiken, 2003). Asimismo, se entiende por personalidad aquella parte del funcionamiento personal que es resistente al cambio, se encuentra consolidada y posee una generalidad y una coherencia de respuestas en distintos tiempos y distintas situaciones (Belloch, Sandín, & Ramos, 1996). De igual manera se define a la personalidad como una estructura dinámica que relaciona al organismo-persona (impulsos, objetos y defensas) con un mundo circundante que determina relativamente sus conductas. Así, los rasgos de carácter y el temperamento están dentro de la personalidad (Fernández, 1988). La personalidad es una suposición científica que se justifica por el tipo de actos que realizan cotidianamente las personas (Colom Marañón, 2006). No sabemos en absoluto que pueda ser a ciencia cierta la personalidad, así que el camino más adecuado para convertir esa suposición en algo científicamente sólido consistiría en observar lo que la gente hace cotidianamente.

Existe una variedad de respuestas a tres preguntas fundamentales. Primero, ¿cómo puede describirse la personalidad? La descripción de la personalidad considera las formas en que debemos caracterizar a un individuo. ¿Deberíamos describir los rasgos de la personalidad mediante la comparación de la gente entre sí o emplear alguna otra estrategia, tal como estudiar a un individuo? ¿Qué términos, más allá de los ofrecidos en el lenguaje de todos los días, deberíamos utilizar para describir a la gente? Segundo, ¿cómo podemos entender la dinámica de la personalidad? ¿Cómo se ajusta la gente a las situaciones de su vida? ¿Cómo es influida por la cultura y por sus propios procesos cognoscitivos (pensamiento)? Tercero, ¿qué se puede decir acerca del desarrollo de la personalidad? ¿Refleja la influencia de los factores biológicos o de la experiencia en la niñez y después de ésta? ¿Cómo cambia la personalidad a lo largo de la vida de un individuo, desde la niñez a la adultez? Algunas de las teorías ponen énfasis en una pregunta más que en otra. Por ejemplo, “las teorías del rasgo ponen énfasis en la descripción, mientras que las teorías psicoanalíticas resaltan los temas del desarrollo” (Magnusson & Törestad, 1993, p. 427). Sin embargo, estas tres preguntas son tan fundamentales que cada teoría las considera de alguna forma. Aún más, los temas están interrelacionados: la manera en que una teoría describe a la personalidad tiene implicaciones tanto para la dinámica de la personalidad como para el desarrollo, y viceversa (Cloninger, 2003).

Pensar en algunas personas que conocemos y después pensar en cuatro o cinco adjetivos que describen cada una de sus personalidades. Se puede describir a un amigo como entusiasta, platicador, agradable, cálido y cooperador. Otro amigo quizá moleste a todos, debido a que lo único que parece importarle es él mismo; podría describirlo como egocéntrico, manipulador, egoísta y buscador de atención. Posiblemente estos adjetivos no transmitan las sutiles distinciones entre estas dos personas, pero expresan una idea de las características fundamentales de cada individuo, lo que los psicólogos llaman rasgos de la personalidad. Un rasgo de la personalidad es un patrón permanente de percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y de los demás, patrón que está arraigado en la matriz de la composición psicológica del individuo (Halgin & Whitbourne, 2004).

La personalidad es en sí misma un proceso evolutivo y la adolescencia es un momento importante en la constitución de los sistemas de personalidad, aunque es relevante no se puede considerar definitivo, ya que los procesos de personalidad no terminan ni quedan fijados mientras dura la vida (Fierro, 1998).

1.2.2. Estrés.

Para Ferrero (2001, p. 141), “el estrés consiste en la suma de los cambios inespecíficos que tienen lugar en todo momento en el organismo”, el síndrome general de adaptación (expresión del estrés a través del tiempo) se refiere a todos los cambios inespecíficos que se desarrollan a través del tiempo durante una exposición continua a un alarmígeno, una definición concreta es la que menciona Martínez-Barranco (2015), afirmando que el estrés es una amenaza a la homeostasis. La interrupción de homeostasis por un factor de estrés, ya sea físico o psicológico, activa programas neuronales, hormonales y conductuales destinados a restablecerla. Si no se consigue restablecer la homeostasis pueden aparecer trastornos relacionados con el estrés, incluyendo síndromes de dolor crónico

De acuerdo a Barimboim & Ferrari (2003, p. 28):

El estrés necesario es aquello que prepara para la acción, es el esfuerzo de trabajo o empuje que lleva al despliegue de las conductas específicas; es necesario porque supone la energía que debe ponerse en juego para poder realizar determinadas acciones. El estrés o buen estrés hace referencia a experiencias cuyos resultados son predominantemente positivos porque produce la estimulación adecuada que permite a las personas lograr resultados satisfactorios con costes personales razonables. Es indispensable para el desarrollo psicofísico y la buena adaptación al medio.

Diferentes autores como Compas, Orosan y Grant (1993) y Compas (1995), han contribuido con investigaciones donde han realizado una clasificación de los factores generadores de estrés en la adolescencia. El estrés fluctuará según sean las dimensiones tomadas, incluido si es normativo o atípico, de magnitud grande o pequeña y de naturaleza crónica o aguda. Compas (1995) afirma que es importante distinguir los factores que generan estrés en tres amplias categorías, especialmente si lo que se pretende es conocer afectaciones en la salud mental de estos sucesos durante la adolescencia. El mencionado autor ha denominado a estas tres categorías como: estrés genérico o normativo, estrés agudo grave y estrés crónico grave.

La mayoría de los adolescentes están expuestos, se algún modo, a un nivel de estrés genérico propio de ésta etapa de la vida (como los cambios biológicos, el paso de una escuela a otra o las discusiones con los amigos). Al hablar de estrés agudo grave, Compas (1995) muestra como ejemplos el fallecimiento de uno de los padres o ser querido, una lesión o accidente, etc. Respecto al estrés crónico, menciona la exposición a la pobreza y

las dificultades económicas, el racismo, trastornos mentales en uno o ambos padres y otros factores generadores de estrés de larga duración. El argumento principal de éste autor es que clases diferentes de estrés producirán un efecto diferencial sobre la salud mental de los adolescentes. Por lo tanto, si es necesaria una intervención, ésta se tendrá que adaptar al factor o factores generadores de estrés en cada caso particular (Coleman & Hendry, 2003).

1.2.3. Apoyo Social.

“El apoyo social constituye la ayuda emocional o instrumental que para el individuo, se deriva de la interacción en su red social” (Clemente, 2003, p. 38). Podemos definir apoyo como la información, el consejo (verbal y no verbal), las ayudas tangibles y las acciones de personas (sistema de apoyo) que tiene un efecto emocional/conductual benéfico sobre el sujeto que los recibe. El sistema de apoyo puede ser formal o profesional (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, en el marco de un hacer institucional) o informal (apoyo que surge de manera espontánea de las personas del entorno del sujeto afectado). El sistema de apoyo (o conjunto de personas que ofrecen apoyo social) constituye una red social. Es un grupo que presenta algún tipo de relación con el individuo y por lo tanto, encontraremos entre ambos un intercambio tanto positivo como negativo (Laham, 2001).

Bowlby (1969), señaló que parte de la capacidad de los sujetos para aprender a dar y recibir ayuda se adquiere en los primeros años de vida, en los que el bebé aprende a confiar en sus figuras de apego y de cuya relación extraerá una conclusión sobre su futura actitud hacia los demás en situaciones difíciles o que requieren ayuda. Una propiedad importante de estas primeras relaciones con el mundo exterior radica en que es por medio de ellas como el individuo configura sus expectativas y percepciones sobre el apoyo social, y asume hasta qué punto dicho apoyo debe formar parte de su repertorio de recursos de afrontamiento (Musitu, Buelga, Lila, & Cava, 2001).

Enfocándonos en el tema del apoyo social, Lin (1986, p. 44) define este concepto como “un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis”. De la misma manera Musitu & Herrero (1994, p. 17), afirman: “Es así como el número de personas con el que uno interactúa todos los días puede proporcionar fuentes de apoyo de muy diversa naturaleza y con diferentes consecuencias sobre el bienestar y el ajuste de los individuos”, en nuestro caso de los jóvenes en edad adolescente.

De acuerdo a los distintos tipos de apoyo (Clemente, 2003) hace dos distinciones básicas entre apoyo diario y de crisis y entre apoyo psicológico e instrumental, y además entre sus respectivas combinaciones:

- a) Apoyo psicológico diario: Alude al grado y diversidad de las interacciones sociales placenteras.
- b) Apoyo instrumental diario: Se refiere a las situaciones de todos los días, en las que podría ser conveniente la ayuda de alguien, pero si faltara no acarrearía consecuencias mayores.
- c) Apoyo instrumental en crisis: Se trata de situaciones comunes de crisis que requieren esencialmente asistencia instrumental (material).
- d) Apoyo psicológico en crisis: Apunta a aquellas situaciones conflictivas por las que puede situarse la persona, y en las que poco se puede hacer para alterar el evento en sí mismo, pero en las que es necesario una adaptación a la situación crítica.

1.2.4. Inflexibilidad psicológica.

Para Martínez-Barranco (2015), la flexibilidad psicológica puede definirse como la capacidad de estar abierto, centrado en el presente y consciente, y cambiar o persistir en el comportamiento cuando hacerlo sirve a nuestros valores y metas. Flexibilidad psicológica es el proceso general en el que interactúan las experiencias cognitivas, emocionales y sensoriales y comportamentales que constituyen el funcionamiento diario. Comprende una amplia gama de capacidades humanas: reconocer y adaptarse a distintas situaciones, modificar la mentalidad o la conducta cuando éstas comprometen el funcionamiento personal o social, mantener el equilibrio entre las cosas importantes de la vida y ser conscientes, de forma abierta y comprometida con los comportamientos que vayan en la dirección de los valores importantes en la vida.

1.2.5. Compromiso Vital.

El hombre con todos sus defectos y virtudes, debe tener la fuerza y voluntad para continuar demoliendo sus imperfecciones, como un compromiso permanente, que asciende en la medida que se depuran en toda su magnitud, el sentido dialogal que ha de mantener con otros individuos, como un deber ineludible, que lleva implícito la condición de universalidad al considerar a toda la especie humana sin distinción de sexos, razas ni condición social, reconociendo de este modo multiplicar, el efecto bienhechor de sus cualidades. Éste ciudadano debe ser un hombre comprometido con su época, sin importar su posición social,

ni el lugar donde se encuentre, oficina, fábrica, escuela, en el campo o en la construcción. Su primer ideal es mantener el ejemplo perenne de aquellos grandes hombres que lo han antecedido, teniéndoles como modelo de lo que se puede llegar a ser.

1.2.6. Resiliencia.

Resiliencia es un término extraído de la física que se ha incorporado a las ciencias que estudian la conducta y la psicología humanas, que se define como la *capacidad de* superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Según Tagle (2000, 26), “resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, se relaciona más bien con el *poder* de rebotar y recuperarse”. Se puede afirmar que Resiliencia es la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.

La resiliencia aplica dos componentes: la resistencia frente a la destrucción (capacidad de proteger la propia integridad bajo presión), y la capacidad de construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias adversas. El concepto encierra además la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable (Vanistandael, S.; Leonte, J. 2000).

En la resiliencia intervienen factores sociales e intrapsíquicos. No es innata ni se adquiere ‘naturalmente’ en el desarrollo. Entre los fundamentos de la resiliencia podemos mencionar: la introspección (auto preguntarse y darse una respuesta honesta), la independencia (mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento), la facultad de relacionarse (lazos e intimidad con otras personas), la iniciativa (ponerse a prueba en tareas progresivamente exigentes), humor, creatividad, moralidad (altruismo, compromiso con valores) y autoestima consistente (Melillo & Suarez Ojeda, 2001).

Se puede afirmar que resiliencia la capacidad de soportar las crisis y adversidades y recobrase. Se solía pensar que la resiliencia reside en cada individuo considerando que la familia siempre es disfuncional. Las teorías clínicas empezaron a investigar los factores de riesgo en niños y adolescentes, que favorecen a la formación y perduración de síntomas; consecutivamente se interesaron por el estudio de los factores de protección que fortalecen los recursos de los niños y les permiten desarrollar su resiliencia. Estudios posteriores han verificado que la resiliencia es el fruto de la interacción entre lo innato y lo adquirido, donde la familia es una fuente potencial de resiliencia. Este término fue extraído de la física que se ha incorporado a las ciencias que estudian la conducta y la psicología humanas, y se define como la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella (Tagle, 2000).

Resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, se relaciona más bien con el poder 'de rebotar y recuperarse.

El concepto de resiliencia aplicado al campo socio-psicológico aparece en 1982, el término trata de expresar la capacidad de un individuo –o de una familia- para enfrentarse a circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, a situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse saliendo fortalecido y con más recursos. Podemos definir la Resiliencia Familiar como la capacidad de una familia para recuperarse de circunstancias adversas y salir de ellas fortalecida y con mayores recursos para afrontar otras dificultades de la vida. Más específico, sería “los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional” (Walsh, 1988). Los factores sociales se resumen especialmente en la presencia de redes sociales protectoras que contribuyan a sustituir la pérdida de personas significativas y apoyar y ayudar en la adversidad. La intervención favorecedora de la Resiliencia Familiar se resume en tres pasos: - Creación de un entorno en el que los miembros de la familia se sientan seguros para poder expresarse con libertad. Modificaciones del funcionamiento y la organización familiar (comunicación, roles, reglas, etc.), que contribuya a realizar cambios adaptativos. Creación de una narrativa común, solidaria con todos, que permita el reconocimiento del sufrimiento, dar un sentido a lo ocurrido y salir adelante con nuevos recursos para enfrentarse a la adversidad (Pereira, 2007).

1.2.7. Ansiedad y Depresión.

En general, se puede considerar que tanto la ansiedad como la depresión son de los factores que más contribuyen a la percepción negativa de la calidad de vida, y que la imagen de sí mismo y la autoestima son aspectos fundamentales de la percepción de bienestar psicológico de las personas. La depresión puede ser considerada como uno de los problemas de salud mental más común y que, además se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. De acuerdo a Campillo, Zafra, & Redondo (2008, p. 61):

La ansiedad parece afectar de modo directo a la salud mental en determinadas etapas de la vida, como la adolescencia, y unos niveles altos de ansiedad parecen predecir problemas emocionales que acompañan a ciertas patologías y se asocian a menudo con otros rasgos patógenos, sugiriendo un patrón conocido como “afectividad negativa”.

Cada vez más evidente que, aunque la depresión y la ansiedad son trastornos separados y que pueden ser identificados como tales, existe una considerable coincidencia de síntomas

clínicos y procesos fisiológicos. Los datos indican que la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión es más común que cualquier trastorno en solitario. Un gran estudio llevado a cabo en los EEUU encontró que el 58% de los individuos con un historial de depresión también tenían trastornos de ansiedad, y un informe llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostró que la ansiedad y la depresión eran los problemas psicológicos coexistentes más comunes en la atención primaria. El trastorno generalizado de ansiedad es fuertemente comorbido con, y precede comúnmente, la depresión mayor. Las implicaciones de la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión son significativas, con deterioro social y psicológico. “La alteración de los neurotransmisores de la serotonina y la norepinefrina están implicados en la ansiedad y la depresión, y las nuevas evidencias sugieren que estos sistemas pueden proporcionar una relación mecánica entre los dos trastornos” (Baldwin, Evans, Hirschfeld, & Kasper, 2002, p. 36).

Ansiedad: Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades particularmente, a ciertas neurosis y que no permite sosiego a los enfermos”. *Angustia*: “Malestar a la vez psíquico y físico, caracterizado por un temor difuso que puede ir de la inquietud al pánico, y por impresiones y trastornos corporales penosos”. Freud (1926), en *Inhibición, síntoma y angustia* le dio a la angustia un carácter estructural, además de la posibilidad de manifestaciones patológicas, que serían las únicas psicoanalizables. Muy ligeramente puede diferenciarse entre *miedo*, provocado por un objeto real o psíquico, y *angustia*, sin objeto. Szekely (2000) define *ansiedad* como displacer acompañado por una característica serie de sensaciones constrictivas torácicas.

La ansiedad es un proceso psicobiológico variable en lo que a su aparición se refiere y, a cierta intensidad, se torna desagradable, similar a un sentimiento de peligro, coligado al miedo. No hay ansiedad, sino personas ansiosas, ya que la personalidad de cada uno le da su propio matiz. No debe confundirse con la angustia, donde la ansiedad se acompaña de problemas neurovegetativos como palpitaciones, sudor, etc. La ansiedad puede ser expresión de conflictos internos o con el ambiente, pero se desarrolla a partir de factores bioquímicos. Conviene tratar la ansiedad buscando aliviar dicho síntoma, mientras se buscan las causas más íntimas. La ansiedad aparece en etapas de cambio, cuando hay que hacer nuevas adaptaciones pérdidas, enfermedades.

1.2.8. Satisfacción vital.

La satisfacción es un estado mental. Es una apreciación valorativa de algo. El término se refiere tanto a este contexto como a disfrute. Como tal cubre apreciaciones cognitivas a la vez que afectivas. La satisfacción puede ser una materia evanescente, pero también una

actitud estable. Según Veenhoven (1994), la satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva. De igual manera la satisfacción vital, se ha definido como una estimación cognitiva sobre la calidad de la propia vida individual a partir de los estándares de comparación escogidos por cada uno (Aznar, Estrada, Ramírez, Carrasco, Teijón, Pigem, & Rodríguez, 2004).

1.3. Consumo de drogas.

Según Farre (1999), define a la droga como una sustancia farmacológica activa sobre el sistema nervioso central que, administrada a un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones del comportamiento. Incluye no solo las sustancias ilegales que se consumen por sus efectos alucinógenos, estimulantes o sedantes y que habitualmente se conocen como drogas, sino también determinados medicamentos capaces de producir estados de abuso o dependencia, sustancias de uso legal como el tabaco y las bebidas alcohólicas y sustancias de uso doméstico o laboral, por ejemplo, los disolventes volátiles. Respecto a las drogas legales, la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2005) asegura que el consumo de alcohol es considerado el tercer factor de riesgo en los países industrializados y el principal en los países en desarrollo. Se estima que los consumidores ascienden a 2000 millones de personas en el mundo; como fenómeno contribuye a más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones (cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, entre otros) y está entre los cinco factores de riesgo de accidentes. Por otra parte, el tabaco es consumido por aproximadamente 650 millones de personas en el mundo; uno de cada diez adultos muere por su causa, produciendo cinco millones de muertes al año.

El término se utiliza como sinónimo de sustancia psicoactiva capaz de generar adicción, abuso o dependencia (Farre, 1999). En este sentido, se clasifican en:

- a) Opiáceos: pertenecen a este grupo el opio, la morfina y la heroína;
- b) Depresores: grupo de sustancias que tienen en común el hecho de disminuir la actividad cerebral y, por lo tanto, inducir sedación y somnolencia. Pertenece a este grupo el alcohol y los barbitúricos;
- c) Estimulantes: elevan el estado de ánimo, la tensión y la vigilia. Incluyen: cafeína, cocaína y anfetaminas;
- d) Tranquilizantes: incluyen los benzodiacepinas; y

e) Alucinógenos: alteran los procesos de sensopercepción. Incluyen entre otros, el LSD.

Del concepto científico apenas quedan hoy vestigios. Oímos hablar de drogas buenas y malas, drogas y medicinas, sustancias decentes e indecentes, venenos del alma y curalotodos, fármacos delictivos y fármacos curativos. El específico efecto de cada compuesto es ignorado, y sobre esa ignorancia recaen consideraciones extrañas por completo a la acción de unos y otros.

Quien busque objetividad se cuidará de no mezclar ética, derecho y química. Pero quizá más decisivo aún sea tener presente siempre que si *cualquier* droga constituye un potencial veneno y un potencial remedio, el hecho de ser nociva o benéfica en cada caso determinado depende exclusivamente de: a) dosis; b) ocasión para la que se emplea; c) pureza; d) condiciones de acceso a ese producto y pautas culturales de uso. La cuarta de estas circunstancias es extrafarmacológica, aunque tenga actualmente un peso comparable a las farmacológicas (Escohotado, 2000).

1.3.1. Consumo problemático de drogas.

Existen estudios sobre la relación del alcoholismo y/o la drogadicción de los padres sobre la personalidad de los hijos. Por el contrario a los hallazgos en algunas muestras adultas, las características de personalidad asociadas con la historia familiar de abuso de sustancias se encuentran aún en los hijos adolescentes que todavía no han desarrollado estas alteraciones en sí mismos, lo cual sugiere que la personalidad podría ser un indicador de riesgo familiar de abuso de sustancias durante este estadio del desarrollo.

Los perfiles de personalidad de los hijos de padres con alteraciones o desordenes por abuso de sustancias también muestran algunos diagnósticos específicos, con personalidad asociada con restricción/coerción en el caso de drogadicción parental, y con una personalidad emocionalmente negativa en el caso de alcoholismo parental (Elkins, 2004, p. 670).

El abuso de sustancias implica el consumo dañino de alcohol o de otras drogas que puede dar lugar a la dependencia a las drogas o *adicción*, la cual puede ser fisiológica, psicológica o ambas y es probable que continúe en la adultez. Las drogas adictivas son en especial peligrosas para los adolescentes porque estimulan partes del cerebro que continúan su desarrollo durante la adolescencia.

Según Griffiths (1998, pp. 61-75) cualquier comportamiento que cumpla los siguientes seis criterios será definido operacionalmente como adicción:

- 1) Saliencia: Se refiere a cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- 2) Modificación del humor: Experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
- 3) Tolerancia: Proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.
- 4) Síndrome de abstinencia: Estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.
- 5) Conflicto: Se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular.
- 6) Recaída: Es la tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la adicción tras muchos años de abstinencia o control.

Según Echeburua y Corral (1994) cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos serían la pérdida de control y la dependencia. Según la OMS es un estado de intoxicación periódica o crónica, nocivo para el individuo y la sociedad, provocado por el consumo repetido de un fármaco natural o sintético. Sus características son: afán exagerado por la droga, tendencia a aumentar la dosis, dependencia física o psíquica, y aparición de síntomas al suprimir la droga (Berman, 1997).

Puede definirse la adicción como una dependencia patológica a una sustancia, objeto o persona se convierten entonces en el centro alrededor del cual girara la vida del adicto. En este sentido amplio, la definición incluye no solo la adicción a drogas sino también la adicción al trabajo, la adicción al sexo, etc., (Elkins, 2004).

En una adicción podemos reconocer cuatro elementos: a) una fuerte compulsión para llevar a cabo la conducta (especialmente cuando la oportunidad para llevarla a cabo no está disponible); b) un deterioro de la capacidad para controlar los impulsos adictivos; c) malestar y angustia cuando la conducta es impedida o dejada de hacer; y d) persistencia en la ejecución de la conducta (por ejemplo drogarse) a pesar de la evidencia clara de que ella produce danos físicos y psíquicos (Cazau, 2001).

López Corvo (1994) distingue, desde una perspectiva psicoanalítica, la adicción como defensa y la adicción como estructura, que aluden esencialmente a dos intenciones diferentes del adicto: en la adicción como defensa, las drogas son utilizadas como una forma de mitigar la ansiedad y el sufrimiento vividos como incontrolables por las funciones defensivas del yo, es decir, las drogas son empleadas por el adicto para calmarse.

En la adicción como estructura, en cambio, la intención es, además de mitigar el sufrimiento, inducir la adicción en otros para atacar envidiosamente los aspectos buenos del objeto. Como puede inferirse, es una característica común en el traficante de drogas.

De acuerdo a Kalina (2000), "El adicto vive permanentemente un *malentendido*... racionaliza su patología en términos de una ideología de vida -o, mejor dicho, de muerte- asumiendo un *delirio* que es diferente en contenido de los que conocemos en la psicosis, pero similar en su estructura. Para ellos la química es algo similar a la búsqueda de la piedra filosofal para los alquimistas, pero en este caso son los adictos quienes se ofrecen a sí mismos como cobayos para sus investigaciones".

Desde el psicoanálisis, las adicciones suelen entenderse, de acuerdo a Fenichel (1966), como una falla en el control del comportamiento, lo que da lugar a las 'neurosis impulsivas' donde el sujeto realiza una y otra vez, como una compulsión a la repetición, ciertos comportamientos que no puede evitar. Se trata de comportamientos impulsivos sintónicos al yo, es decir, la persona no los siente como extraños o ajenos a sí misma, pero lo que no puede hacer es controlarlos. Éste mismo autor indica que las adicciones tienen un papel defensivo mediante el cual el sujeto busca defenderse de ciertos peligros, reales o imaginarios. Estos propósitos defensivos no quitan que también las adicciones puedan procurar algún tipo de satisfacción instintiva.

Existe una importante vulnerabilidad individual a la adicción que puede estar relacionada con factores de personalidad. Uno de los rasgos de personalidad más estudiado en relación a la susceptibilidad a la adicción ha sido el de búsqueda de sensaciones o de novedades. En esta revisión se analizan principalmente datos de investigación básica sobre la relación

entre adicción y búsqueda de sensaciones. En modelos animales este rasgo ha sido valorado principalmente mediante la actividad motora en un ambiente nuevo, estableciéndose dos tipologías de ratas, las denominadas LR (low-responders) y las HR (high-responders) que muestran respectivamente niveles bajos y altos de actividad en dicho ambiente nuevo.

Los animales HR son más sensibles a los efectos estimulantes motores de diversas drogas y muestran mayor sensibilización conductual ante la administración repetida de la droga respecto a los LR. Además, los sujetos HR adquieren inicialmente más fácilmente la conducta de autoadministración operante de diversas drogas de abuso. La reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante ciertas situaciones de estrés también es mayor en los animales HR que en los LR.

A nivel del sistema nervioso central, los sujetos HR también presentan una mayor actividad del eje hipotalámico-pituitarioadrenal.

Respecto al sistema dopaminérgico, estudios de micro diálisis muestran que la cocaína ejerce un mayor efecto neuroquímico (mayor incremento en los niveles de dopamina) en los animales HR que en los LR. Estos datos en animales a grandes rasgos se replican también en humanos, aunque existen también resultados contradictorios tanto en animales como en humanos, indicando que el tema es complejo y aun no está resuelto (Nadal Alemany, 2008).

1.3.2. Consumo problemático de alcohol.

El alcoholismo es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales.

Según Székely (2000) menciona que el alcoholismo es un estado de intoxicación, que puede responder a causas constitucionales o sociales, y que lleva a una existencia angustiosa y acumulativa de alcohol. Se caracteriza por una disminución de la eficiencia y una negligencia en las responsabilidades.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos,

psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. La química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el alcohol y se vuelve dependiente de él. Para las personas con alcoholismo, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas. El alcohol domina sus pensamientos, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad es influida por factores como la genética, la psicología, la cultura y el dolor físico.

1.3.3. Causas del consumo de drogas.

Los factores relacionados con el inicio del consumo de drogas en la adolescencia han sido estudiados por numerosos investigadores y desde diversas disciplinas durante los últimos años. Estas variables o factores de riesgo pueden agruparse en función de distintos criterios; siguiendo a Calleja, García-Señorán, & González, (1996, pp. 257-267):

Distinguiremos entre factores individuales y factores sociales. Los factores individuales están centrados “en el individuo”, se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos internos, y determinan una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de este tipo de sustancias. Los factores sociales son complejos, interactivos y difíciles de separar. Dentro de este grupo diferenciaremos el nivel microsocial y macrosocial. El nivel microsocial se refiere a aquellos contextos más inmediatos en los que el sujeto participa directamente; por ejemplo, la familia, el grupo de iguales, la escuela. Englobaría las relaciones con los demás, los modelos de comportamiento a que debe ajustarse el individuo, etc. El nivel macrosocial agruparía los factores de riesgo externos al individuo, de carácter

socioestructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en la conducta adictiva convirtiéndola en un proceso no estático. La influencia de dichos factores opera a un nivel más amplio.

1.3.4. Consecuencias del consumo de drogas.

El rango de consecuencias médicas del abuso del alcohol es inmenso y complejo, virtualmente ninguna parte del organismo está libre de los efectos del abuso de alcohol. El daño al hígado (sitio primario del metabolismo del alcohol) puede expresarse como hígado graso, hepatitis alcohólica y cirrosis.

En el tubo digestivo puede dar lugar a esofagitis y exacerbación de úlceras pépticas preexistentes. El riesgo de cáncer esofágico aumenta, así como la frecuencia de gastritis atrófica crónica. El consumo excesivo de alcohol es causa importante de pancreatitis crónica y causa común de pancreatitis aguda. El consumo excesivo de alcohol se acompaña de deficiencias en la nutrición, pudiendo presentarse también anemia, neuropatía y depresión de las funciones celulares y hormonales. Las deficiencias nutricionales contribuyen al síndrome alcoholo fetal, enfermedad hepática, enfermedad pancreática, mala absorción y carcinogénesis. El alcohol tiene efecto metabólico profundo sobre el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas.

El consumo crónico de alcohol puede afectar el músculo cardíaco y ocasionar además arritmias cardíacas. Se asocia a hipertensión y tiene un papel importante en la enfermedad cardíaca isquémica (Berman, 1997).

El alcohol afecta el sistema inmunitario y endocrino, puede producir complicaciones neurológicas que incluyen demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica. Es evidente que el consumo excesivo de alcohol constituye un grave riesgo para la salud. Es imperativo reconocer el consumo exagerado en fases tempranas. Es importante reconocer que la cantidad de alcohol necesaria para producir daño, depende en parte del elemento de juicio que se analiza. Ejemplo de lo anterior es el hecho de que para que el alcohol se relacione con un accidente automovilístico no se requieren de cantidades tan grandes y prolongadas como las que se necesitan para generar daño hepático. Si las diferencias entre las consecuencias sociales y las orgánicas son muy claras, también se aplican a distintos órganos, así por ejemplo, se ha demostrado una relación directa entre mayor consumo de alcohol y pancreatitis aguda, que es independiente del tiempo, en tanto que en la cirrosis hepática no se observa daño alguno durante los primeros años de consumo de alcohol, el que se hace evidente después de 10 o 20 años. En otros órganos, como el corazón,

cantidades pequeñas se han descrito como beneficiosas, según las últimas investigaciones en el tema cardiológico (Berman, 1997).

El alcoholismo es una conducta patológica caracterizada por la tolerancia y la dependencia motivada por profundos sentimientos de impotencia. La dependencia requiere la existencia de una dependencia fisiológica evidenciada tanto por la tolerancia como por la abstinencia y por un deterioro de la actividad laboral y social (Berman, 1997).

La tolerancia (DSM IV) significa que se necesita un notable aumento de la cantidad de alcohol para conseguir los efectos deseados, o bien que hay una notable disminución del efecto con la utilización regular de la misma dosis. Es importante tener en cuenta que hay amplias variaciones individuales en cuanto a la capacidad para beber grandes cantidades sin tener manifestaciones de intoxicación. La abstinencia es un cuadro clínico residual provocado por la suspensión o reducción en el consumo de alcohol caracterizado por: ansiedad, angustia, insomnio y deterioro de la atención, temblor de manos, lengua y parpados (Berman, 1997).

Según Berman (1997) la dependencia se instala generalmente varios años después del comienzo de la alcoholización, observándose un aumento progresivo de la dosis. Esta dependencia puede traducirse del siguiente modo:

- 1) Como la imposibilidad de abstenerse de consumir alcohol, constituyendo una verdadera "pérdida de libertad" con respecto al alcohol, que se reconoce, como dice H. Ey, como el criterio esencial de la enfermedad alcohólica.
- 2) Esta dependencia se caracteriza por el hecho que después de haber tomado el primer vaso es incapaz de controlarse, hasta llegar a la embriaguez.

1.4. Adolescentes

Según Knobel (2000: 39):

“La adolescencia es la etapa de la vida en la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”.

Asimismo, Farre (1999), define a la adolescencia como la etapa de la vida que se extiende desde la niñez hasta la edad adulta. Se prolonga desde que comienza a producirse la madurez sexual hasta que el sujeto alcanza la condición social de adulto e independiente.

El término proviene del latín *adolescere*, y significa ir creciendo, desarrollarse hacia la madurez, hacerse adulto. Hay diferentes conceptualizaciones sobre el término. Algunos ubican la adolescencia como un periodo vital entre la infancia y la adultez. Otros la conciben como un 'segundo nacimiento', en tanto entienden que en ese periodo se reavivan ciertos conflictos relacionados con el estado de indefensión del bebe, enfrentado a un mundo que le es caótico y desconocido (Rascovan, 2000).

Como los sociólogos muchas veces equiparan adolescencia y juventud, algunos autores plantearon la necesidad de dividir ambos grupos, por ejemplo, en estos términos: jóvenes menores o adolescentes (15-19 años), jóvenes mayores o tardíos (20-24 años), y adultos jóvenes (25-29 años) (Rascovan, 2000).

De acuerdo a Mauricio Knobel (2000, p. 39):

El síndrome de la adolescencia normal se caracteriza por la búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de fantaseo e intelectualización, crisis religiosa, desubicación temporal, evolución de la sexualidad desde el autoerotismo hacia la heterosexualidad, actividad social reivindicatoria, contradicciones sucesivas en la conducta, separación progresiva de los padres, fluctuaciones del humor.

1.4.1. Desarrollo biológico

El crecimiento y desarrollo de los adolescentes empieza en la pubertad, cuando suceden los cambios biológicos, cognitivos y psicoemocionales. Exceptuando el periodo pre y postnatal, los años de la adolescencia se caracterizan por ser la etapa más rápida de crecimiento del desarrollo humano. Durante la pubertad, se experimentan cambios significativos, como son el crecimiento físico, el aumento de peso y la manifestación de las características sexuales secundarias (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003).

La pubertad es desigual en varones y mujeres; en las adolescentes se inicia a una edad más temprana y tiene una duración menor que la de los adolescentes varones. En las mujeres, la pubertad se identifica por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar y la aparición de la menarquia o primera menstruación. En promedio, la menarquia ocurre entre los 9 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que

la pubertad se complete es de 4 años. En los varones, la pubertad se determina por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de esperma. Esta primera emisión de esperma ocurre entre los 11 y 15 años de edad, y la pubertad en los jóvenes varones puede durar hasta los 20 o 21 años. Puede haber una gran variación entre el inicio y la duración del desarrollo de la pubertad tanto entre los hombres como entre las mujeres (Juszczak y Sadler, 1999; Silber y cols., 1992; Santrock, 1998).

La menarquia y la espermarquia son los hitos del desarrollo puberal, ya que marcan el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes. En ambos sexos, la pubertad trae como consecuencia una mayor conciencia de la sexualidad, de los sentimientos sexuales, el erotismo, y una mayor motivación y atracción sexual. La auto-estimulación o masturbación es una conducta sexual frecuente; sin embargo, va asociada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad o miedo. La masturbación es a menudo denunciada por religiones, culturas y tradiciones como algo peligroso, un pecado, y la causa de locura y muerte prematura, pero tiene consecuencias más saludables para los jóvenes que el coito (Santrock, 1998; Silber y cols., 1992).

1.4.2. Desarrollo social.

De acuerdo a Krauskopf (1999), las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. Con la finalidad de facilitar la sistematización de sus características. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y, entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales. Habitualmente las fases del período adolescente han sido denominadas Fase puberal, Adolescencia media y Adolescencia tardía. Identificada esta última como Fase Final del periodo adolescente, los cambios relevantes que pueden reconocerse en las tres principales fases de la adolescencia Krauskopf (1999), los resume de la siguiente manera:

Fases de la adolescencia

1. Temprana (10 - 13 AÑOS) Preocupación por lo físico y emocional
 - Duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres,
 - Reestructuración del esquema e imagen corporal,

- Ajustes a emergentes cambios sexuales físicos y fisiológicos,
- Estímulo de las nuevas posibilidades que abren estos cambios,
- Necesidad de compartir los problemas con los padres,
- Fluctuaciones del ánimo,
- Fuerte autoconciencia de necesidades,
- Relaciones grupales con el mismo sexo,
- Movimientos de regresión y avance en la exploración y abandono de la dependencia.

2. Media (14 - 16 AÑOS) Preocupación por la afirmación personal social

- Diferenciación del grupo familiar,
- Duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado,
- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social,
- Emergentes impulsos sexuales,
- Exploración de capacidades personales,
- Capacidad de situarse frente al mundo y a sí mismo,
- Cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas,
- Preocupación por lo social,
- Grupos heterosexuales,
- Interés por nuevas actividades,
- La pareja como extensión del yo,
- Búsqueda de autonomía.

3. Final (17 - 19 AÑOS) Preocupación por lo social

- Búsqueda de afirmación del proyecto personal-social,
- Reestructuración de las relaciones familiares,
- Locus de control interno,
- Desarrollo de instrumentos para la adultez,
- Exploración de opciones sociales,
- Avance en la elaboración de la identidad,
- Duelo parental por la separación física,
- Grupos afines en lo laboral, educacional, comunitario,
- Relaciones de pareja con diferenciación e intimidad,
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo.

1.4.3. Desarrollo psicológico.

En los años de la adolescencia surge la búsqueda de la identidad, definida por Erikson (1950) como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes les permite cimentar una “teoría del yo” (Elkind, 1998). Como destaca Erikson (1950), el deseo de un adolescente por dar sentido al yo no es una especie de malestar madurativo, sino que forma parte de un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa y la laboriosidad y sienta las bases para enfrentar los desafíos de la adultez. Pero, la crisis de identidad rara vez se resuelve por completo en la adolescencia, pues los problemas de esta etapa surgen una y otra vez durante la vida adulta (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Tres ideas componen el concepto de identidad: unidad, mismidad, y continuidad. Cada uno de estos aspectos se manifiesta a nivel del cuerpo, la mente y el mundo externo. La unidad tiene que ver con una integración espacial: el cambio físico del adolescente en su cuerpo amenaza esta unidad. En suma, hay tres configuraciones de la identidad del yo: la identidad del yo psicológico, o configuración interna formada por las identificaciones infantiles. En segundo lugar la identidad del yo social, basada en el reconocimiento que la comunidad hace del sujeto, y la tercera configuración es la identidad del yo corporal, dado por los sucesivos esquemas corporales y las vicisitudes de la libido del desarrollo físico. A estas tres configuraciones corresponden tres disociaciones: mente-cuerpo, pensamiento-acción, e individuo-sociedad. En la pubertad la disociación recae sobre el yo corporal, durante la adolescencia media en el yo psicológico, y en la adolescencia final sobre el yo social (Fernández Mouján, 1988).

CAPÍTULO 2.
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. Objetivo general

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de bachillerato de la ciudad de Santo Domingo (Distrito 4 - Zona 1).

2.1.2. Objetivos específicos

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

2.1.3. Preguntas de investigación

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

2.2. Diseño de investigación

En la presente investigación se utilizó el tipo de investigación descriptiva porque consiste en identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes además conocer las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de la situación.

2.3. Contexto

La Institución que ha sido parte de la presente investigación se encuentra ubicada en el Cantón Santo Domingo, (Zona 04, Distrito 01), en los últimos tres años es de tipo Particular, pero en sus inicios fue creada como una institución fiscomisional, consta de Educación Inicial, Educación Básica y Bachillerato. Los alumnos que pertenecen a la institución en actualidad (2015) llegan a un número de 1282 distribuidos entre mujeres 1046, y hombres 236, asimismo consta de 61 docentes, 37 hombres y 24 mujeres.

2.4. Población.

La población objeto de estudio son 160 estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la Institución en la cual se realiza la investigación.

La muestra objeto de investigación fueron 78 estudiantes distribuidos en:

- 47 estudiantes de primero y,
- 31 estudiantes de segundo año de bachillerato.

Los investigados deben contar con las siguientes características:

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

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.

2.5.1. Métodos.

En la presente investigación se utiliza los siguientes métodos:

- El método descriptivo, que permite explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- El método estadístico, facilita organizar la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- Es transversal, debido a que se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

2.5.2. Técnicas

En la presente investigación se aplica la técnica de la encuesta, que nos permite recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio, las mismas que se detalla a continuación:

1. Cuestionario de variables psicosociales.
2. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983).
3. Un cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004).
4. Type A Behavior Scale (personalidad tipo A)
5. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011).

6. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008).
Evalúa el grado resiliencia.
7. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008).
8. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010).
9. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010).
10. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012).

Las constantes que miden las variables psicosociales de la salud mental y consumo problemático de sustancias son tres: 1) al estilo de afrontamiento caracterizado por un control aversivo, principalmente conductas de evitación y escape, asociado al término de inflexibilidad psicológica, lo que supondría un mayor riesgo para el desarrollo de casi cualquier problema psicológico, opuesto al deseable compromiso vital con los valores personales o eudemonía (plenitud del ser felicidad); 2) un tipo de personalidad caracterizado por la tendencia a la competitividad, hostilidad y presión del tiempo, denominado tipo A, que supondría mayor vulnerabilidad al estrés; 3) apoyo social medido a través del nivel de soledad, también asociado a mayor consumo de sustancias. Los indicadores de criterio de salud son: 1) consumo de sustancias, en especial el alcohol; 2) ansiedad y depresión; 3) nivel de satisfacción vital.

Tabla 1: Variables y escalas de medida de evaluación utilizadas en el estudio.

Variables	Escalas y medidas
Cuestionario A hoc	Media de variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, lugar de residencia entre otros.
Estrés psicológico	Perceived Stress Scale (PSS-14)
Mediadoras:	Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)
Estilo de afrontamiento,	Type A Behavior Scale
tipo de personalidad,	UCLA Loneliness Scale Revised-Short
apoyo social, resiliencia.	Brief Resilience Scale

Indicadoras de criterio de salud:	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
Consumo de sustancias,	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)
ansiedad, depresión,	Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4)
satisfacción vital.	Satisfaction Life Question (LSQ)

Elaborado por: León (2015)

Cuestionario de variables psicosociales

Evalúa las variables Psicosociales y de la salud.

Tabla 2: Ficha técnica del cuestionario sociodemográfico.

Evaluación de datos sociodemográficos	
Variables que evalúa:	Sexo, edad, ocupación, lugar de residencia entre otros.
Descripción:	Evalúa variables psicosociales y de la salud.
Ítems:	Variables Psicosociales 1. Sexo 2. Edad (años) 3. Peso (libras) 4. Altura 5. Nivel de estudios 6. Tipo de establecimiento 7. Estado Civil 8. Ocupación principal 9. Zona donde vive 10. ¿Quiénes viven con usted?

Variables de la Salud

11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?
15. En relación con su actividad física la mayor parte de los días, fuera del establecimiento
16. En relación a la mayor parte de los días, ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?
17. ¿Le han recetado algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?
18. ¿Cuántos días se ha ausentado de clases en el último año por motivos de salud?
19. ¿Le ha dicho algún médico si padece algunas de las siguientes enfermedades?
20. ¿Cómo considera su salud en general?

Referencias:

Van Praag & Kapteyn, 1971

Keys, Fidanza, Karvonen, Kimura, Taylor & Henry, 1972

Elaborado por: León (2015)

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces

los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Tabla 3: Ficha técnica de PSS-14.

Perceived Stress Scale (PSS-14)	
Variables que evalúa:	Percepción del estrés actual.
Descripción:	Evalúa la percepción de estrés actual, el grado en el que las situaciones de la vida de la persona son consideradas como estresantes, es decir, cómo valoran sus vidas en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga.
Ítems:	1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? 2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? 3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? 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? 6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? 8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? 9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

	10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control? 11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? 12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer? 13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de invertir su tiempo? 14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?
Referencias:	Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; versión en español de Remor y Carrobbles, 2001; Remor, 2006

Elaborado por: León (2015)

Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Mide la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción. Investigaciones recientes han encontrado que la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.

Tabla 4: Ficha técnica del AAQ-7.

Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	
Variables que evalúa:	Flexibilidad / inflexibilidad psicológica.
Descripción:	Evalúa evitación experiencial o, por el contrario flexibilidad psicológica, ambos son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida 1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.

Ítems:	2. Tengo miedo de mis sentimientos. 3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos. 4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena. 5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida. 6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo. 7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.
Referencias:	Ruiz, Langer, Luciano, Cangas & Beltran, 2013

Elaborado por: León (2015)

Type A Behavior Scale

Tabla 5: Ficha técnica del Type A Behavior Scale.

Type A Behavior Scale	
Variables que evalúa:	Personalidad.
Descripción:	Evalúa la presión que el tiempo y el trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, la personalidad definida por un complejo acción-emoción caracterizada por tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, y que se han encontrado asociadas con problemas de salud, incluyendo trastornos cardiovasculares y muerte prematura.
Ítems:	1. Tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas. 2. Normalmente me siento presionado por el tiempo.

3. Soy muy exigente y competitivo.
4. Soy autoritario y dominante.
5. Como muy rápido.
6. ¿A menudo se siente muy presionado por el tiempo?
7. ¿Algunas veces se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral / escolar?
8. ¿Alguna vez en su trabajo / estudio le ha llevado al límite del agotamiento?
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?
10. ¿Se siente molesto cuando tiene que esperar a algo o a alguien?

Referencias:

Haynes & Baker, 1982

Elaborado por: León (2015)

UCLA Loneliness Scale Revised-Short

La escala UCLA (University of California Los Angeles Loneliness Scale, Russell, Peplau y Cutrona, 1980) evalúa la soledad como un estado unitario, que varía en intensidad (uno puede sentirse más o menos solo) como consecuencia de los déficits relacionales de la persona. Esta escala consta de 20 ítems, y está compuesta por dos factores: intimidad con los otros y sociabilidad, y ha sido traducida al castellano por Expósito y Moya (1993), y por Vázquez y Jiménez (1994). Russell (1982) identificó, utilizando esta escala, a determinados grupos que se encontraban en situación de riesgo para experimentar la soledad: estudiantes de college americanos (primera vez fuera de casa), pacientes psiquiátricos adultos, participantes en grupos de mejora de las habilidades sociales y divorciados. Con el mismo instrumento, Expósito y Moya (1993) encontraron en una muestra de estudiantes universitarios que las personas que puntuaban alto en la medida de soledad presentaban baja autoestima, altos niveles de ansiedad, depresión y sentimientos de hostilidad, así como patrones conductuales de evitación social.

Tabla 6: Ficha técnica del UCLA.

<i>UCLA Loneliness Scale Revised – Short</i>	
<i>Variables que evalúa:</i>	Sensación subjetiva de soledad.
<i>Descripción:</i>	Evalúa la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.
<i>Ítems:</i>	1. ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende? 2. ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía? 3. ¿Con qué frecuencia sientes que no hay nadie que puedas pedir ayuda? 4. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a? 5. ¿Con qué frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as? 6. ¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea? 7. ¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti? 8. ¿Con qué frecuencia sientes que tus intereses e ideas no son compartidos por quienes te rodean? 9. ¿Con qué frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa? 10. ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas? 11. ¿Con qué frecuencia te sientes excluido? 12. ¿Con qué frecuencia sientes que tus relaciones sociales no son significativas?

13. ¿Con qué frecuencia sientes que nadie te conoce realmente bien?
14. ¿Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás?
15. ¿Con qué frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas?
16. ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas que realmente te comprenden?
17. ¿Con qué frecuencia te sientes tímido?
18. ¿Con qué frecuencia sientes que tienes personas alrededor, pero no están contigo?
19. ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas con quien puedas hablar?
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas con las que puedes contar?

Referencias:

Russel, Peplau & Cutrona, 1980 con adaptación española de Morejón y García-Boveda, 1994

Elaborado por: León (2015)

Brief Resilience Scale (BRS)

Contiene una sola dimensión con cuatro preguntas, en formato tipo Likert en una escala de 0 (No me describe para nada) a 5 (Me describe muy bien). La puntuación máxima es de 20 puntos, siendo mayor puntuación una mayor resiliencia. Esta escala concibe la resiliencia como tenacidad, optimismo, creatividad, perspectiva agresiva para la solución de los problemas y compromiso para extraer un sentido positivo de las situaciones adversas (Sinclair y Wallston, 2004).

Más recientemente, se cuenta con la *Escala de Resiliencia Breve* (The Brief Resilience Scale -BRS) que comprende seis preguntas en formato tipo Likert, en una escala que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia.

Esta escala mide la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan el estrés asociado a la enfermedad (Smith *et al.*, 2008).

Tabla 7: Ficha técnica del BRS.

Brief Resilience Scale (BRS)	
Variables que evalúa:	Capacidad de las personas de adaptarse al estrés.
Descripción:	Evalúa la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés u situaciones adversas.
Ítems:	1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles. 2. Lo paso mal superando situaciones estresantes. 3. No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante. 4. Para mi es difícil recuperarme cuando algo malo sucede. 5. Normalmente paso momentos difíciles sin gran problema. 6. Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en mi vida.
Referencias:	Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher & Bernard, 2008.

Elaborado por: León (2015)

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

El **test AUDIT**, siglas en inglés de *Alcohol Use Disorders Identification Test*, permite evaluar la dependencia del consumo de alcohol que presenta un individuo. Este sencillo cuestionario fue elaborado por un grupo de expertos a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y constituye un instrumento de evaluación que pretende identificar consumos considerados de riesgo, para diagnosticar precozmente el abuso del alcohol o la dependencia de esta sustancia: el alcoholismo.

Tabla 8: Ficha técnica del AUDIT.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	
Variables que evalúa:	Consumo problemático de Alcohol.
Descripción:	Identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y un apoyo en la evaluación breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial.
Ítems:	1. En el último año, ¿con qué frecuencia consumió alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cocteles, etc.)? 2. En el último año, ¿cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe? 3. En el último año, ¿con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión? 4. En el último año, ¿con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado? 5. En el último año, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido? 6. En el último año, ¿con qué frecuencia ha consumido bebidas de alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior? 7. En el último año, ¿con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber? 8. En el último año, ¿con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió? 9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol? 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?
Referencias:	Kriston, Hölzel, Weiser, 2008; Babor, Higgins-Biddle & Monteiro, 2001.

Elaborado por: León (2015)

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Fue desarrollado para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores de abuso de sustancias para detectar y gestionar el consumo de sustancias y los problemas relacionados con los entornos de atención médica primaria y generales. Los profesionales de atención primaria de salud están bien posicionados para proporcionar intervenciones dirigidas a todas las sustancias con independencia de su situación legal.

Tabla 9: Ficha técnica del ASSIST.

<i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)</i>	
<i>Variables que evalúa:</i>	Consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros.
<i>Descripción:</i>	Evalúa el consumo de sustancias en los últimos tres meses.
<i>Ítems:</i>	1. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido drogas? 2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.)? 3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc.)? 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)? 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína (coca, crack, etc.)? 6. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha

	consumido anfetaminas (speed, éxtasis, etc.)? 7. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)? 8. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprozolan, clonazepan, etc.)? 9. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketaina, etc.)? 10. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morna, metadona, codeína, etc.)? 11. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas?
Referencias:	OMS, 2010.

Elaborado por: León (2015)

Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ siglas en inglés) es un tipo test de auto-informe de inventario con derechos de autor por Pfizer Inc, que se utiliza como una detección y diagnóstico herramienta para los trastornos de salud mental de la depresión, la ansiedad, el alcohol, comer y somatomorfos.

Tabla 10: Ficha técnica del PHQ-9.

Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	
Variables que evalúa:	Depresión y ansiedad.
Descripción:	Evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas dos semanas. 1. Poco interés o agrado al hacer las cosas.

Ítems:

2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.
3. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.
4. Se siente cansado o tiene poca energía.
5. Tiene poco o excesivo apetito.
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.
7. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.
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.
9. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna manera.

Referencias:

Kroenke, Sitzler, Williams & Löwe, 2001.

Elaborado por: León (2015)

Satisfaction Life Question (LSQ)

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. Este concepto de bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones (Diener y Lucas, 1999).

Tabla 11: Ficha técnica del LSQ.

Satisfaction Life Question (LSQ)	
Variables que evalúa:	Satisfacción vital.
Descripción:	Responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos.
Ítems:	“¿Cuál es el nivel de satisfacción con su vida en general?”
Referencias:	Dolan, Layard, Metcalfe, 2011; Helliwell. Layard, Sachs, 2012. The World Health Organization Quality of life (WHOQOL)-BREF (2004), European Social Survey & World Happiness Report (2012).

Elaborado por: León (2015)

2.5.3. Procedimiento

Para realizar la presente investigación se empezó por la identificación de las variables psicológicas y escalas psicométricas de medida siendo éstas: variables sociodemográficas, estrés, apoyo social, personalidad tipo A, inflexibilidad psicológica, resiliencia, consumo problemático de alcohol, consumo problemático de otras drogas, ansiedad y depresión, y, satisfacción vital.

Seguido se efectuó la selección de la población y muestra, se obtuvo mediante el muestreo casual accidental no experimental, es decir, se eligió a los participantes según el sector donde pertenecen los estudiantes del seminario de fin de titulación, en este caso estudiantes de la ciudad de Santo Domingo.

Se solicitó una entrevista con la rectora de la institución seleccionada para la investigación y luego de un dialogo se obtuvo la autorización por parte de la principal autoridad. La Inspección General de la institución colaboró con establecer la fecha y hora idóneas para realizar las encuestas a los estudiantes, siempre y cuando no perjudiquen con las tareas pendientes de los estudiantes.

Los estudiantes mostraron una gran predisposición de colaborar con el investigador, en primera instancia se les pidió que lleven a sus casas un consentimiento informado que debían presentarlo a sus padres y si éstos estaban de acuerdo el alumno podía participar en la encuesta, si el padre de familia no estaba de acuerdo y se negaba a firmar el

consentimiento, el alumno simplemente dejaba la hoja en blanco, aunque existieron alumnos que participaron sin el consentimiento de sus padres, lastimosamente esas muestras fueron desechadas.

Con las hojas de consentimiento informado firmadas por los padres de familia, en un día posterior se procedió a efectuar la encuesta a los estudiantes, se entregó las encuestas a cada uno de ellos, acompañado de una hoja aparte en la cual ellos debían manifestar si estaban o no de acuerdo con participar, de igual manera como sucedió con los consentimientos informados, si no existía el deseo expreso de participar por parte de los alumnos, la muestra del alumno no era tomada en cuenta.

El filtro para que una encuesta sea válida fue que esté acompañada del consentimiento de los padres y el asentimiento de los alumnos, si una encuesta no tenía uno de los dos requisitos era desechada, del total de las encuestas validas se procedió a tabular los datos obtenidos y a registrarlos en una matriz. Luego de aquello se elaboran los gráficos y las tablas correspondientes.

Finalmente se registran todos los resultados en un informe que es presentado a la institución donde se efectuó la investigación.

2.5.4. Recursos

Talento Humano.

1 Investigador

Recursos Materiales.

Fotocopias, esferográficos, carpetas.

Recursos Tecnológicos.

Computador procesador Core I5, paquete de software office 2013.

Recursos Económicos.

50 USD en gastos de recursos materiales y logística.

Recursos Institucionales.

Cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes.

CAPÍTULO 3.
ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos.

3.1.1. Datos Psicosociales.

Sexo

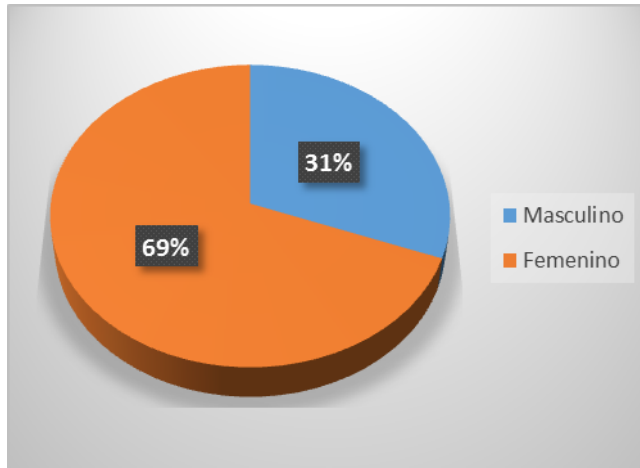


Figura 1. Sexo

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

Elaborado por: Espín 2015.

Los alumnos que participaron en la investigación fueron en total 78, de los cuales el 69 % pertenecen al sexo femenino y el restante 31% pertenece a sexo masculino como lo muestra la Figura 1; existe mayoría en estudiantes de sexo femenino porque hace poco la institución era únicamente para señoritas, en los últimos años se han venido matriculando varones en la institución.

Edad

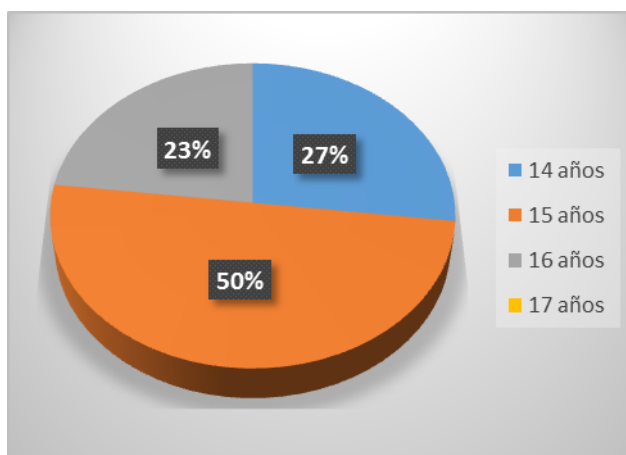


Figura 2. Edad

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

Elaborado por: Espín 2015.

El 50% de la muestra tiene 15 años siendo el grupo de mayor representación, mientras que el 27% tiene 14 años, seguido de un 23% correspondiente a estudiantes de 13 años (ver figura 2).

Año de bachillerato

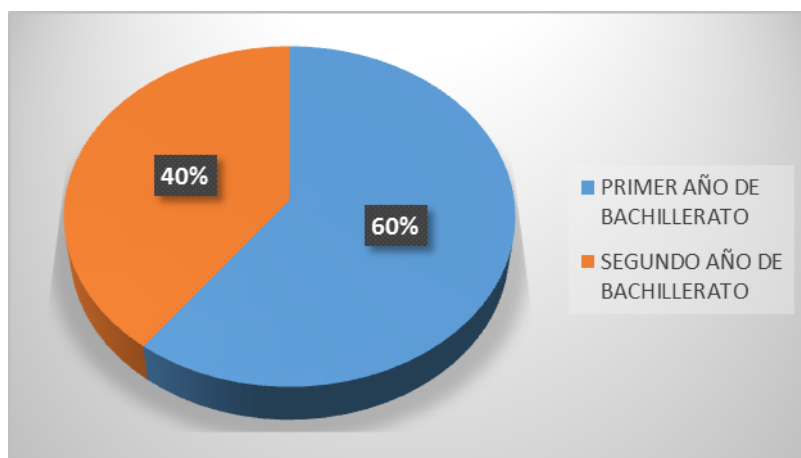


Figura 3. Año de bachillerato

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

Elaborado por: Espín 2015.

De acuerdo a la Figura 3, un 60% de sujetos investigados pertenecen al primer año de bachillerato y un 40% están cursando el segundo año de bachillerato en la institución.

3.1.2. Análisis de resultados generales

De acuerdo a los datos obtenidos mediante la encuesta aplicada a los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato (n=78) de la Unidad Educativa ubicada en la ciudad de Santo Domingo, podemos apreciar en la Figura 4, los valores totales de cada instrumento dentro de una escala que va desde el 0 hasta el valor máximo que es 10.

Cabe manifestar que para determinar los factores de protección o de riesgo según sea el caso, se debe observar a los valores promedios de cada una de las variables evaluadas, si uno de los promedios se aleja hacia arriba del valor de cinco o si por el contrario se aleja hacia abajo del mismo valor. A continuación, se presentan los valores obtenidos en base a la encuesta efectuada.

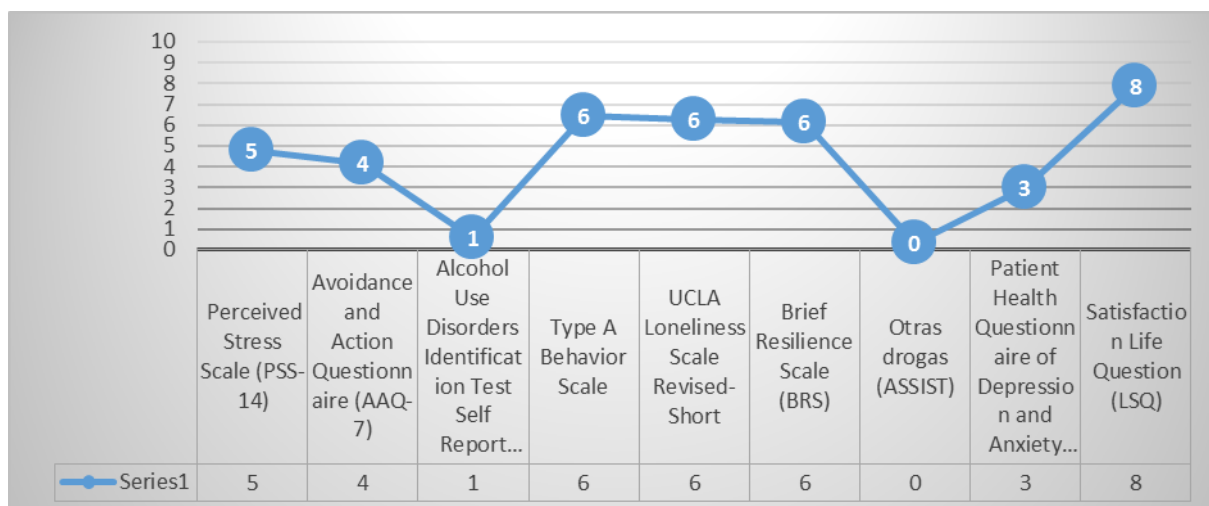


Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Elaborado por: Espín 2015.

En la Tabla 1, podemos determinar a las variables que se encuentran dentro del rango de puntuaciones bajas (0 – 4), con una puntuación media (5) están los datos obtenidos por el cuestionario Perceived Stress Scale (PSS-14), mientras que en la Tabla 2, encontramos a las variables con puntuaciones altas (6 – 10).

Tabla 1. Resultados de instrumentos aplicados que corresponden a puntuación baja.

<i>Instrumento psicológico aplicado</i>	<i>Puntuación</i>
<i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)</i>	0
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	1
<i>Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)</i>	3
<i>Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)</i>	4

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

Elaborado por: Espín 2015.

El valor medio que es cinco, nos permite discriminar a una variable para determinar si se trata de una variable de protección o una variable de riesgo, dependiendo del instrumento aplicado. Las consideraciones de las puntuaciones son: de (0 – 4) = Bajo, 5 = Medio y de (6 – 10) = Alto.

Tabla 2. Resultados de instrumentos aplicados que corresponden a puntuación alta.

<i>Instrumento psicológico aplicado</i>	<i>Puntuación</i>
Type A Behavior Scale	6
UCLA Loneliness Scale Revised-Short	6
Brief Resilience Scale (BRS)	6
Satisfaction Life Question (LSQ)	8

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

Elaborado por: Espín 2015.

Al encontrarse los resultados del cuestionario Perceived Stress Scale (PSS-14) en el valor de cinco se puede establecer que esta variable presenta una relativa normalidad en cuanto a lo que a estrés se refiere, es decir que los individuos que pertenecen a la muestra no presentan riesgo ni tampoco manifiestan protección frente al estrés.

El valor de 0 que corresponde al cuestionario ASSIST que evalúa el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros, lo ubica como una variable de protección es decir que el consumo de alcohol y otras sustancias es mínimo en la muestra analizada, como lo muestra la Tabla 3, los valores más representativos son los del reactivo 3 que se refiere al consumo de alcohol donde a pesar que el 61.5% manifiesta que durante los últimos tres meses nunca haber consumido alcohol, un 33.3% ha consumido una o dos veces. Con un valor de 89.7% de sujetos de la muestra se encuentra quienes manifiestan que durante los últimos tres meses nunca han consumido cigarrillo, mientras que el 7.7% lo han hecho una o dos veces. Además un valor que destaca es el del consumo de sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprozolan, clonazepan, etc), a pesar que el 92.3% manifiesta que durante los últimos tres meses nunca han consumido, mientras que el 3.8% lo ha hecho una o dos veces y el valor que resulta importante es que un 2.6% consume cada semana, a pesar de ser un porcentaje bajo se debe determinar las causas del consumo. Gran parte de los consumidores de drogas no llegan a desarrollar dependencia ni problemas relacionados con el consumo de las mismas. Sin embargo, los indicadores de consumo problemático de drogas ponen de manifiesto que, a pesar de ello, el alcance de estas drogas afecta a buena parte de los consumidores, con graves consecuencias para la salud física y mental, la familia y el entorno social.

Tabla 3. Porcentajes obtenidos Test (ASSIST).

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	96,2	2,6	0,0	0,0	1,3
2	89,7	7,7	1,3	0,0	1,3
3	61,5	33,3	3,8	0,0	1,3
4	96,2	1,3	1,3	0,0	1,3
5	98,7	0,0	0,0	0,0	1,3
6	98,7	0,0	0,0	0,0	1,3
7	96,2	1,3	0,0	1,3	1,3
8	92,3	3,8	1,3	2,6	0,0
9	98,7	0,0	0,0	0,0	1,3
10	98,7	0,0	0,0	0,0	1,3
11	97,4	1,3	0,0	0,0	1,3

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

Elaborado por: Espín 2015.

Con un valor de 1 encontramos los resultados del cuestionario AUDIT lo cual nos muestra que el 91% pertenece al grupo de consumo prudente o bajo riesgo, seguido del 8% que están dentro del rango de consumo de riesgo y únicamente un 1% pertenecen al rango de consumo perjudicial, en la muestra analizada no existe síndrome de dependencia, así lo expresa la Figura 5.

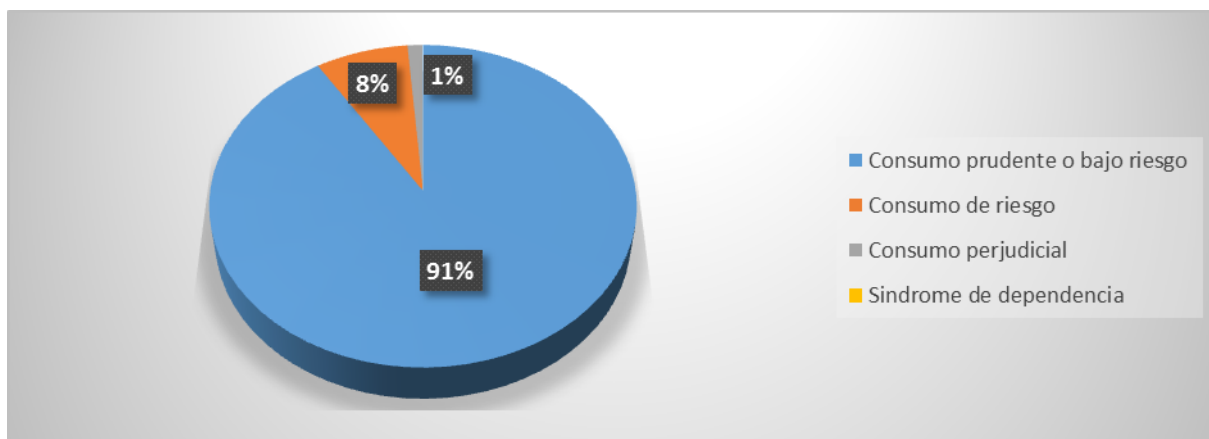


Figura 5. Figura de los test AUDIT.

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

Elaborado por: Espín 2015.

Los trastornos depresivos (TD) son el conjunto de enfermedades de salud mental más frecuentes en la población general, para evaluar lo que se refiere a la ansiedad y depresión se utilizó el cuestionario PHQ-9, en ésta investigación con un valor de 3 están los resultados del mencionado cuestionario, según muestra la Tabla 4, entre las frecuencias más representativas encontramos al reactivo 9 en la cual 54 individuos afirman que nunca han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna manera.

Otro dato interesante es que 36 individuos de la muestra manifiestan que varios días se han sentido triste, deprimido o desesperado además 14 individuos respecto al mismo reactivo expresan que casi todos los días se han sentido igual. Los valores que menos tienen diferencia entre frecuencias son los que corresponden al reactivo 5, donde 27 individuos manifiestan que nunca han tenido poco o excesivo apetito, 19 dicen que varios días, 17 afirman que casi la mitad de los días y finalmente 15 tienen casi cada día. Entre las consecuencias graves de los trastornos depresivos están los intentos de suicidio, los enfermos depresivos realizaron al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida. Afortunadamente dentro de la muestra investigada no existen estudiantes con problemas de trastorno de ansiedad.

Tabla 4. Frecuencia cuestionario (PHQ-9)

<i>Reactivo</i>	<i>Nunca</i>	<i>Varios días</i>	<i>Más de la mitad de los días</i>	<i>Casi cada día</i>
1	27	32	10	9
2	25	36	3	14
3	33	18	12	15
4	26	29	9	14
5	27	19	17	15
6	44	17	5	12
7	45	19	9	5
8	50	16	8	4
9	54	16	5	3

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

Elaborado por: Espín 2015.

En lo que respecta al siguiente resultado se encuentra el cuestionario AAQ-7 que se encarga de medir la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, con un valor de 3 y que lo ubica entre las variables de protección, según muestra la Tabla 5, se destaca la frecuencia del reactivo 4 en el cual 32 individuos del total de la muestra manifiestan que nunca o en ningún momento sus recuerdos dolorosos le impiden llevar una vida plena, en su mayoría los individuos han respondido que sus experiencias no afectan el ritmo normal de su vida, el valor más representativo en cuanto a afectación se encuentra en el reactivo 2, donde 20 sujetos de la muestra afirman que “a veces” tienen problemas superando situaciones estresantes. La flexibilidad psicológica de un sujeto mentalmente sano colabora en reconocer y adaptarse a distintas situaciones, modificar la mentalidad o la conducta cuando éstas comprometen el funcionamiento personal o social, mantener el equilibrio entre las cosas importantes de la vida y ser conscientes, de forma abierta y comprometida con los comportamientos que vayan en la dirección de los valores importantes en la vida.

Tabla 5. Frecuencia cuestionario (AAQ-7)

<i>Reactivo</i>	<i>Nunca es verdad</i>	<i>Muy raramente es verdad</i>	<i>Raramente es verdad</i>	<i>A veces es verdad</i>	<i>Con frecuencia es verdad</i>	<i>Casi siempre es verdad</i>	<i>Siempre es verdad</i>
1	18	25	8	15	3	5	4
2	21	15	7	20	4	4	7
3	21	17	12	11	2	6	9
4	32	16	9	10	4	1	6
5	24	12	10	15	6	6	5
6	31	15	2	11	7	6	6
7	28	17	7	16	4	2	4

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

Elaborado por: Espín 2015.

Por encima del valor medio que es 5 encontramos al resultado arrojado por el cuestionario Type A Behavior Scale con un valor de 6; de acuerdo a la Tabla 6, se puede notar que en el reactivo 1, 40 sujetos manifiestan que tienen un fuerte deseo de sobresalir o ser el mejor en la mayor parte de las cosas, mientras que en lo que refiere al reactivo 5, en el cual se pregunta si los sujetos comen muy rápido, 23 sujetos afirman que a menudo lo hacen, en el reactivo 8 donde se pregunta si alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento, 61 sujetos responden que sí, frente a 17 que afirman lo contrario, es decir que los individuos con personalidad tipo A, pueden describirse como personas impacientes, muy competitivos, ambiciosos, agresivos en los negocios y que les cuesta mucho relajarse o tomar unas vacaciones.

Tabla 6. Frecuencia cuestionario Type A Behavior Scale

<i>Reactivo</i>	<i>Muy bien</i>	<i>Bastante bien</i>	<i>En parte</i>	<i>Nada</i>
1	40	20	16	2
2	20	37	10	11
3	26	34	7	11
4	21	27	16	14
5	15	28	12	23
6	25	31	13	9
<i>Reactivo</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>	
7	51		27	
8	61		17	
9	57		21	
10	43		35	

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

Elaborado por: Espín 2015.

De igual manera que en el párrafo anterior, por encima del valor medio encontramos con una puntuación de 6 a los resultados del cuestionario UCLA (ver Tabla 7), éste cuestionario evalúa la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor

disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional. Se puede determinar al observar el comportamiento de la frecuencia del reactivo 9 que un total de 41 sujetos responden “siempre” frente a la pregunta ¿Con qué frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa?, se puede afirmar que la mayoría de los sujetos de la muestra se consideran socialmente aceptados por ser agradables hacia los demás, la afirmación anterior se confirma con el resultado de la frecuencia del reactivo 7, en donde a la pregunta ¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?, 33 de los sujetos investigados responde que “nunca”, asimismo resulta con el reactivo 19, donde responden “siempre” a la pregunta ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas con quienes puedes hablar?, se puede suponer que existe confianza de los sujetos con los demás, aunque dicha confianza se puede entender como normal ya que su entorno social próximo son sus compañeros de aula, al avanzar en su edad y expandir sus entorno social debe ir disminuyendo la confianza.

Tabla 7. Frecuencia cuestionario UCLA

<i>Reactivo</i>	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Siempre</i>
1	7	23	35	13
2	22	18	24	14
3	27	22	21	8
4	27	19	22	10
5	11	9	21	37
6	8	28	27	15
7	33	24	19	2
8	20	27	26	5
9	10	9	18	41
10	8	12	27	31
11	27	28	21	2
12	24	26	22	6
13	12	23	30	13
14	29	27	21	1
15	12	19	30	17
16	14	14	27	23
17	17	22	24	15
18	19	30	23	6
19	13	6	19	40
20	12	11	22	33

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

Elaborado por: Espín 2015.

En la Tabla 8 podemos observar la frecuencia de los resultados del cuestionario (BRS), éste cuestionario mide la Resiliencia de los sujetos, cuyo valor está por encima de 5 en este caso

constituye una variable de protección ya que los sujetos manifiestan afrontar los problemas y superarlos, podemos darnos cuenta en el reactivo 5 en donde 20 sujetos manifiestan que están muy en desacuerdo con la pregunta que dice “normalmente paso momentos difíciles sin gran problema”, frente a 22 en el mismo reactivo se consideran neutrales, tan solo 8 están muy de acuerdo; En el reactivo 6 donde la pregunta es: “suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en mi vida”, 19 sujetos están muy en desacuerdo, 33 se manifiestan neutrales y 9 están muy de acuerdo. Con respecto al reactivo 2 “lo paso mal superando situaciones estresantes”, 24 sujetos afirman ser neutrales, 14 están muy en desacuerdo y 11 muy de acuerdo. La mayoría de los sujetos de la muestra afirman ser neutrales a los reactivos del cuestionario (BRS).

Tabla 8. Frecuencia cuestionario (BRS)

<i>Reactivo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
1	12	5	26	20	15
2	14	11	24	18	11
3	9	10	29	19	11
4	13	16	24	15	10
5	20	17	22	11	8
6	19	8	33	9	9

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

Elaborado por: Espín 2015.

Por último, con un valor de 8 sobre el nivel de la media aparece el resultado del cuestionario (LSQ) que mide el nivel de satisfacción vital o sea responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos., se puede apreciar en la Tabla 9, que 24 sujetos afirman está totalmente satisfechos con su vida dando una puntuación de 10, seguido de 17 personas que califican de 8 y con un valor de 5 califican su vida 15 personas.

Tabla 9. Frecuencia cuestionario (LSQ)

<i>Insatisfecho (0)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					<i>Neutral</i>					
0	0	1	0	3	15	1	5	17	12	24

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

Elaborado por: Espín 2015.

3.1.3. Análisis de resultados respecto al género femenino.

De la misma manera que con los datos obtenidos de manera general, se ha hecho un análisis diferenciando el género de los estudiantes de la Unidad Educativa que pertenecen a la muestra, siendo un total de 54 los sujetos que pertenecen al género femenino, podemos apreciar en la Figura 6, los valores totales de cada instrumento aplicado a las mujeres dentro de una escala que va desde el 0 hasta el valor máximo que es 10.

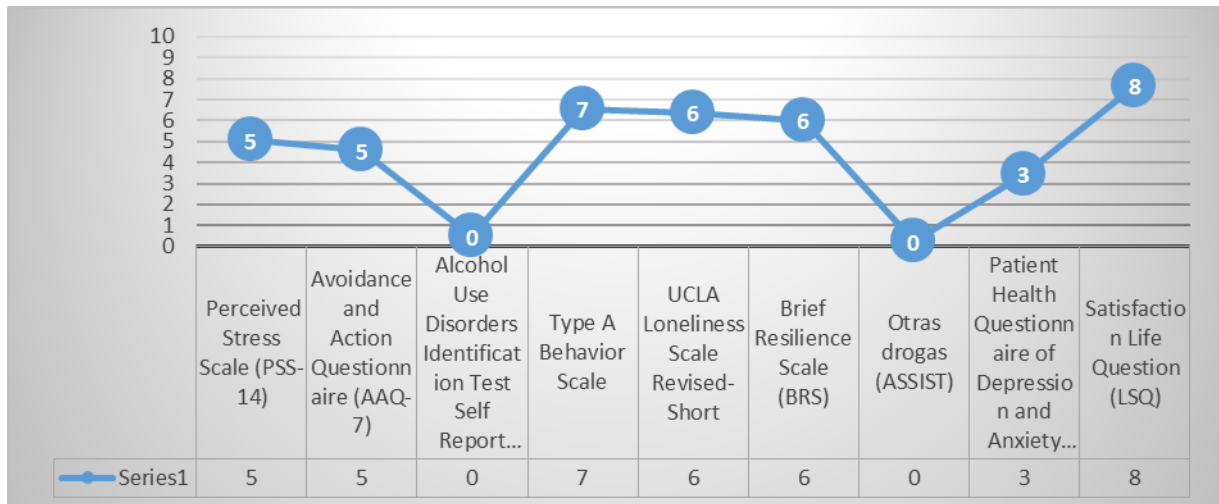


Figura 6. Figura de la batería con resultados estandarizados respecto al género femenino.

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

Elaborado por: Espín 2015.

En la Tabla 10, podemos determinar a las variables que se encuentran dentro del rango de puntuaciones bajas (0 – 4), con una puntuación media (5) están los datos obtenidos por el cuestionario Perceived Stress Scale (PSS-14) y Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7), mientras que en la Tabla 11, encontramos a las variables con puntuaciones altas (6 – 10).

Tabla 10. Resultados de instrumentos aplicados que corresponden a puntuación baja (femenino).

<i>Instrumento psicológico aplicado</i>	<i>Puntuación</i>
<i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)</i>	0
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	0
<i>Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)</i>	3

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

Elaborado por: Espín 2015.

El valor medio que es cinco, nos permite discriminar a una variable para determinar si se trata de una variable de protección o una variable de riesgo, dependiendo del instrumento aplicado. Las consideraciones de las puntuaciones son: de (0 – 4) = Bajo, 5 = Medio y de (6 – 10) = Alto.

Tanto los resultados obtenidos mediante el cuestionario Perceived Stress Scale (PSS-14), como los resultados Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) tienen un valor de 5, es decir coinciden con el valor medio de la tabla por lo cual reciben un criterio de normalidad en lo referente a nivel de estrés, evitación experiencial e inflexibilidad psicológica.

Tabla 11. Resultados de instrumentos aplicados que corresponden a puntuación alta (femenino).

<i>Instrumento psicológico aplicado</i>	<i>Puntuación</i>
<i>UCLA Loneliness Scale Revised-Short</i>	6
<i>Brief Resilience Scale (BRS)</i>	6
<i>Type A Behavior Scale</i>	7
<i>Satisfaction Life Question (LSQ)</i>	8

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

Elaborado por: Espín 2015.

Con el valor mínimo que es 0 encontramos a los resultados del Test ASSIST, en lo que respecta al consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros. Se puede observar en la Tabla 12, que en el reactivo 3 donde se consulta si en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cocteles, etc.) un 61, 1% manifiesta nunca haber consumido, mientras que un 37% afirma haber consumido una o dos veces en los últimos tres meses, éste fato resulta interesante ya que debido a la edad de la muestra notamos que existe un consumo temprano de alcohol, debiéndose determinar cuál es el tipo de alcohol más consumido por los adolescentes. También se puede notar que los datos correspondientes al reactivo 2 en donde se les pregunta si en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.), un 88.9% manifiesta que nunca ha consumido, luego un 9.3% dice haber consumido una o dos veces y como dato final, el 1.9% de la muestra afirma consumir una vez por mes. Otro dato interesante nos proporciona el reactivo 8 donde se les consulta si en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolam, clonazepan, etc.) ?, notamos que a pesar de que un 90.7% manifiesta nunca haber consumido, un 5.6% lo ha hecho una o dos veces y un 3.7% lo ha hecho cada semana, dato importante porque los trastornos de sueño son relativos a la edad adulta no se deberían presentar en la población adolescente.

Tabla 12. Porcentajes femeninos obtenidos Test (ASSIST).

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	96,3	3,7	0,0	0,0	0,0
2	88,9	9,3	1,9	0,0	0,0
3	61,1	37,0	1,9	0,0	0,0
4	98,1	1,9	0,0	0,0	0,0
5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	98,1	1,9	0,0	0,0	0,0
8	90,7	5,6	0,0	3,7	0,0
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	98,1	1,9	0,0	0,0	0,0

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

Elaborado por: Espín 2015.

La muestra femenina sujeta a investigación de acuerdo al cuestionario AUDIT tiene un valor de 0, el test de AUDIT se encarga de analizar el consumo problemático de alcohol y otras drogas, podemos observar de acuerdo a la Figura 7 que el 94% de la muestra presenta un consumo prudente o de bajo riesgo, seguido de un 4% que se encuentra dentro del consumo de riesgo y un 2% como consumo perjudicial; existe ausencia de síndrome de dependencia.

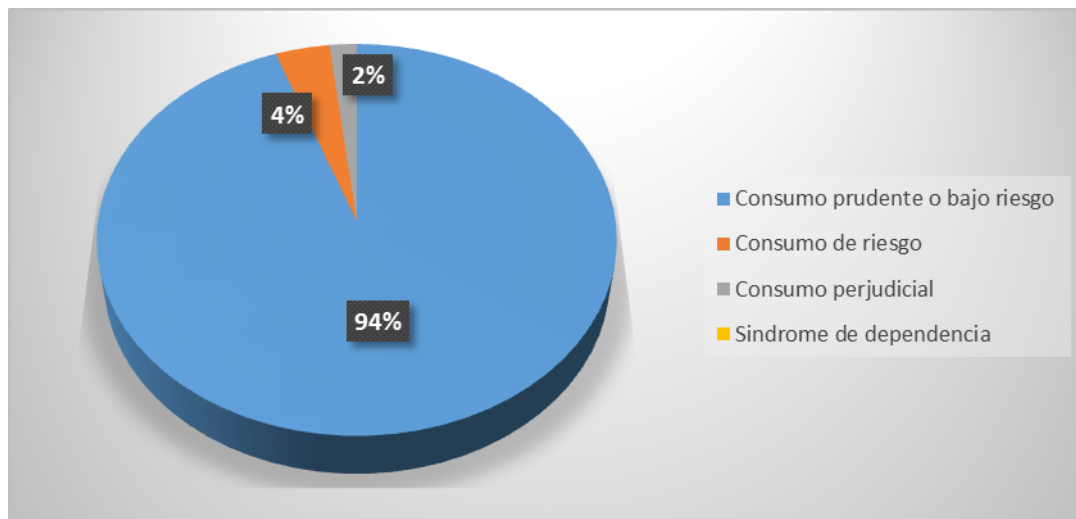


Figura 7. Figura de los test de AUDIT femenino.

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

Elaborado por: Espín 2015.

Los resultados del test PHQ-9 tienen un valor de 3 ubicándose por debajo del valor normal que es 5, lo cual la determina como un factor de protección, la presencia de síntomas depresivos y ansiedad asociada con el deterioro social en las últimas dos semanas, se han

mostrado con una recurrencia relativamente normal, según la tabla 13, los sujetos de género femenino participantes del estudio arrojaron datos significativos para ser comparados con los sujetos de género masculino. Es así como podemos notar que los reactivos 8 y 9 tienen una mayor frecuencia en la opción de “nunca”, la pregunta 8 que dice: 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, 33 sujetos respondieron que “nunca”, entendiéndose que la mayoría sabe controlar su ansiedad para que su lenguaje corporal no delate ese estado. En el reactivo 9, ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna manera, 32 sujetos de la misma manera respondieron “nunca”. Al contrario dentro de la misma tabla se puede apreciar que en los reactivos 4 y 3, tienen una mayor frecuencia en lo que a la opción “Casi cada día”, el reactivo 4 dice: se siente cansado o tiene poca energía, y el reactivo 3 pregunta si ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado, 14 sujetos respondieron que casi cada día se sienten cansado y con poca energía, mientras que 13 sujetos respondieron igual al reactivo 3, dando a entender que en las mujeres existe un alto porcentaje de trastorno de sueño. Un dato importante nos proporciona el reactivo 5 donde 11 sujetos afirman que casi cada día tiene poco o excesivo apetito, seguido por 14 sujetos que dicen que más de la mitad de los días suelen tener ese trastorno alimenticio.

Tabla 13. Frecuencias femeninas obtenidas Test (PHQ-9).

<i>Reactivo</i>	<i>Nunca</i>	<i>Varios días</i>	<i>Más de la mitad de los días</i>	<i>Casi cada día</i>
1	18	21	7	8
2	14	27	3	10
3	19	14	8	13
4	15	19	6	14
5	16	13	14	11
6	26	12	4	12
7	30	13	7	4
8	33	11	6	4
9	32	14	5	3

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

Elaborado por: Espín 2015.

De entre los valores por encima de 5 y que se aleja 2 puntos está el resultado del test Type A Behavior Scale 6, según muestra la tabla 14, los valores más representativo son los que pertenecen a los reactivos 1 y 5. Al consultarse a los sujetos de la muestra mediante el reactivo 1 si tienen un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas, 26 sujetos respondieron “muy bien” es decir que existe un elevado deseo de sobresalir en sus actividades denotando su confianza en sí mismos. También podemos

apreciar que en el reactivo 5 donde se les pregunta si comen muy rápido, 20 sujetos responden “nada”, podemos llegar a concluir que existe mínima presencia de ansiedad en los sujetos que participaron de la investigación, donde existe un relativo equilibrio entre las respuestas encontramos al reactivo 4, que pregunta si son autoritarios y dominantes, en donde 13 afirman que “muy bien” y de igual manera 13 responden que “nunca”, entendiéndose que los adolescentes sujetos de la muestra no tienen una tendencia importante hacia el extremo de ser sumiso o dominante.

Tabla 14. Frecuencia cuestionario Type A Behavior Scale

<i>Reactivo</i>	<i>Muy bien</i>	<i>Bastante bien</i>	<i>En parte</i>	<i>Nada</i>
1	26	13	13	2
2	16	27	3	8
3	15	24	5	10
4	13	16	12	13
5	11	15	8	20
6	17	24	8	5
<i>Reactivo</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>	
7	33		10	
8	46		8	
9	42		12	
10	31		23	

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

Elaborado por: Espín 2015.

Alejado 3 puntos por encima del valor que discrimina los resultados de los test entre factores de protección o de riesgo, encontramos al test (LSQ) que mide el nivel de satisfacción vital de los sujetos, podemos apreciar que 16 sujetos están totalmente satisfechos y le dan un valor de 10 sobre 10 a su vida, mientras que 12 sujetos la califican con un valor de 8 sobre 10 y 11 dicen sentirse neutral con su calidad de vida, debido a las pocas responsabilidades que un adolescente tiene diariamente es común obtener estos resultados tan positivos

Tabla 15. Frecuencia femenina cuestionario (LSQ).

<i>Insatisfecho (0)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>Neutral</i>									
0	0	1	0	3	11	1	4	12	6	16

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

Elaborado por: Espín 2015.

3.1.4. Análisis de resultados respecto al género masculino.

En lo que se relaciona con los resultados obtenidos con los sujetos de género masculino podemos manifestar que de acuerdo a la figura 8 donde se muestran en comparación a todos los valores de los test que fueron aplicados a los estudiantes de bachillerato y que nos permite obtener valores muy significativos en relación a los factores psicosociales que afectan la salud mental.

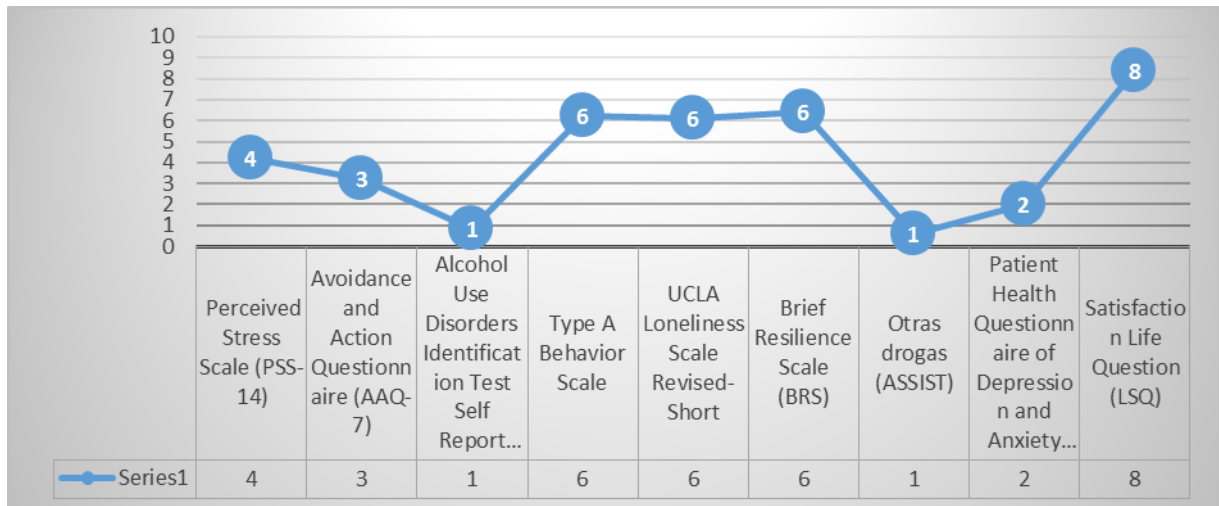


Figura 8. Figura de la batería con resultados estandarizados respecto al género masculino.

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

Elaborado por: Espín 2015.

En la Tabla 16, podemos determinar a las variables que se encuentran dentro del rango de puntuaciones bajas (0 – 4), mientras que en la Tabla 17, encontramos a las variables con puntuaciones altas (6 – 10), no existen valores correspondientes a la media que es 5.

Tabla 16. Resultados de instrumentos aplicados que corresponden a puntuación baja (masculino).

Instrumento psicológico aplicado	Puntuación
The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	1
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	1
Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	2
Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	3
Perceived Stress Scale (PSS-14)	4

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

Elaborado por: Espín 2015.

El valor medio que es cinco, nos permite discriminar a una variable para determinar si se trata de una variable de protección o una variable de riesgo, dependiendo del instrumento aplicado. Las consideraciones de las puntuaciones son: de (0 – 4) = Bajo, 5 = Medio y de (6 – 10) = Alto.

Tanto los resultados obtenidos mediante el cuestionario Perceived Stress Scale (PSS-14) con un valor de 4, como los resultados de los test Type A Behavior Scale, UCLA Loneliness Scale Revised-Short y Brief Resilience Scale (BRS) tienen un valor de 6, están muy próximos al valor de 5 por lo cual reciben un criterio de normalidad en sus respectivos factores de medición.

Tabla 17. Resultados de instrumentos aplicados que corresponden a puntuación alta (masculino).

<i>Instrumento psicológico aplicado</i>	<i>Puntuación</i>
<i>UCLA Loneliness Scale Revised-Short</i>	6
<i>Brief Resilience Scale (BRS)</i>	6
<i>Type A Behavior Scale</i>	6
<i>Satisfaction Life Question (LSQ)</i>	8

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

Elaborado por: Espín 2015.

El resultado del test ASSIST con un valor de 1 lo convierte en un factor de protección y nos muestra que dentro de la muestra el consumo de alcohol y otras drogas es relativamente mínimo, un dato importante que podemos apreciar de acuerdo a la Tabla 18, en donde se muestran los resultados de cada uno de los reactivos correspondientes al test de ASSIST, es el dato del reactivo 3, donde se pregunta si en los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cocteles, etc.), el 62.5% afirma que nunca seguido de un alto porcentaje que es del 25% el cuál manifiesta haberlo hecho una o dos veces en los últimos 3 meses. Al comparar los datos masculinos frente a los femeninos que corresponden al test ASSIST podemos darnos cuenta de algo interesante, el consumo de pastillas para dormir es más común en las mujeres.

Tabla 18. Porcentajes masculinos obtenidos Test (ASSIST).

<i>Reactivo</i>	<i>Nunca</i>	<i>1 ó 2 veces</i>	<i>Cada mes</i>	<i>Cada semana</i>	<i>Diario o casi diario</i>
1	95,8	0,0	0,0	0,0	4,2
2	91,7	4,2	0,0	0,0	4,2
3	62,5	25,0	8,3	0,0	4,2
4	91,7	0,0	4,2	0,0	4,2
5	95,8	0,0	0,0	0,0	4,2
6	95,8	0,0	0,0	0,0	4,2

7	91,7	0,0	0,0	4,2	4,2
8	95,8	0,0	4,2	0,0	0,0
9	95,8	0,0	0,0	0,0	4,2
10	95,8	0,0	0,0	0,0	4,2
11	95,8	0,0	0,0	0,0	4,2

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

Elaborado por: Espín 2015.

Otro factor de protección nos proporciona el test AUDIT, como lo muestra la Figura 9, en donde se observa que existe un 83% de la muestra con un consumo prudente o bajo, mientras el restante 17% corresponde a un consumo de riesgo, existe ausencia de consumo perjudicial y síndrome de dependencia.

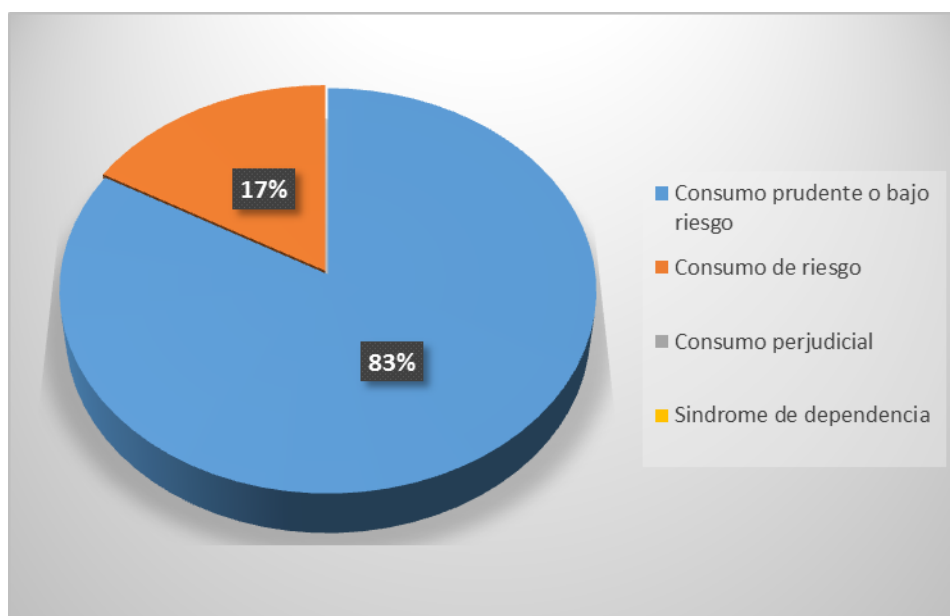


Figura 9. Figura de los test de AUDIT masculino.

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

Elaborado por: Espín 2015.

Según podemos observar en la Tabla 19, donde están los resultados del test PHQ-9 y que mide la ansiedad podemos notar que no existen valores que se puedan considerar críticos, con un valor total de 2 sobre la escala de 10 se puede considerar a la ansiedad como un factor de protección.

Tabla 19. Frecuencias femeninas obtenidas Test (PHQ-9).

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	9	11	3	1
2	11	9	0	4
3	14	4	4	2
4	11	10	3	0

5	11	6	3	4
6	18	5	1	0
7	15	6	2	1
8	17	5	2	0
9	22	2	0	0

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

Elaborado por: Espín 2015.

De acuerdo a cuestionario AAQ-7 aplicado a los varones pertenecientes a la muestra y que mide la flexibilidad o inflexibilidad psicológica, se puede observar tal como lo muestra la Tabla 20, la mayoría de los sujetos afirman que sus experiencias del pasado no les ha causado problemas en sus actividades normales, así también manifiestan que son capaces de controlar sus emociones para que no les pueda afectar.

Tabla 20. Frecuencia masculina cuestionario (AAQ-7)

<i>Reactivo</i>	<i>Nunca es verdad</i>	<i>Muy raramente es verdad</i>	<i>Raramente es verdad</i>	<i>A veces es verdad</i>	<i>Con frecuencia es verdad</i>	<i>Casi siempre es verdad</i>	<i>Siempre es verdad</i>
1	9	8	3	4	0	0	0
2	11	6	2	5	0	0	0
3	8	8	4	3	0	1	0
4	14	3	2	4	1	0	0
5	11	3	4	3	2	1	0
6	12	3	0	3	3	1	2
7	10	6	2	5	0	1	0

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

Elaborado por: Espín 2015.

El nivel de satisfacción vital de acuerdo a la Tabla 21, es un valor de 8 sobre 10, coincidiendo con el valor que manifiestan las mujeres tener sobre su satisfacción de la vida, ése valor nos demuestra que los estudiantes de bachillerato se encuentran relativamente “cómodos” frente a su realidad diaria.

Tabla 21. Frecuencia masculina cuestionario (LSQ).

<i>Insatisfecho (0)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	4	0	1	5	6	8

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

Elaborado por: Espín 2015.

3.2. Discusión de los resultados obtenidos

Revisando las tablas de resultados generales notamos que el promedio perteneciente al cuestionario que mide el estrés presente en los estudiantes investigados se encuentra con un valor de 5, podemos concluir que existe una relativa normalidad, la presencia de estrés en los estudiantes es necesario como lo mencionan Barimboim & Ferrari (2003), ya que el estrés los prepara para la acción, es el esfuerzo o empuje que activa ciertas conductas específicas, motiva la energía necesaria para poder realizar determinadas acciones.

El consumo de alcohol analizado en la investigación arroja un resultado interesante ya que en la institución donde se realizó la investigación un 61.5% de estudiantes investigados manifiestan no haber consumido alcohol en los últimos 3 meses frente a un 33.3% que manifiesta si haberlo hecho una o dos veces durante el mismo periodo. A pesar de que el consumo de alcohol aparentemente es de nivel bajo se puede determinar que existe consumo de alcohol a temprana edad o en edad escolar; Para que sea considerado un consumo problemático de alcohol según la OMS es necesaria la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). Según la investigación el 91% pertenece al grupo de consumo prudente o bajo riesgo, seguido del 8% que están dentro del rango de consumo de riesgo y únicamente un 1% pertenecen al rango de consumo perjudicial, en la muestra analizada no existe síndrome de dependencia.

Un dato que debería activar una alarma y empezar a investigar el motivo de su presencia es el consumo de sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprozolan, clonazepan, etc.), a pesar que el 92.3% manifiesta que durante los últimos tres meses nunca han consumido, mientras que el 3.8% lo ha hecho una o dos veces y el valor que resulta importante es que un 2.6% consume cada semana, a pesar de ser un porcentaje bajo se debe determinar las causas del consumo. Según Echeburua y Corral (1994) cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, si se está consumiendo sedantes para obtener cierta satisfacción, ésta conducta puede terminar en una potencial adicción.

En lo referente a ansiedad y depresión investigada en los estudiantes de primer y segundo año de bachillerato de la institución encontramos que el resultado promedio es 3, ubicándolo como un factor de protección, 54 individuos que corresponden al 69.23% afirman que nunca han deseado estar muertos o han intentado hacerse daño de alguna manera, 36 individuos que corresponden al 46.15% manifiestan que durante varios días se han sentido tristes,

deprimidos o desesperados. Los datos indican que la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión es más común que cualquier trastorno en solitario. Un gran estudio llevado a cabo en los EEUU encontró que el 58% de los individuos con un historial de depresión también tenían trastornos de ansiedad, y un informe llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostró que la ansiedad y la depresión eran los problemas psicológicos coexistentes más comunes en la atención primaria, en el caso de los sujetos investigados se puede determinar que no existe riesgo de consecuencias derivadas de la ansiedad y depresión.

Otro factor analizado en los sujetos de la muestra es la inflexibilidad psicológica, también tiene un valor de 3 en su promedio ubicándolo como un factor de protección, 32 sujetos que corresponden al 41.03% afirman que en ningún momento sus recuerdos dolorosos le impiden llevar una vida plena, la mayoría de los sujetos investigados respondieron que sus experiencias no afectan el ritmo normal de su vida, un dato interesante es que 20 individuos que corresponden al 25.64% afirman que a veces tienen problemas superando situaciones estresantes. Según Martínez-Barranco (2015), la flexibilidad psicológica puede definirse como la capacidad de estar abierto, centrado en el presente y consciente, y cambiar o persistir en el comportamiento cuando hacerlo sirve a nuestros valores y metas.

El valor promedio más significativo por encima de 5 es el correspondiente a la satisfacción vital, con un valor de 8 la satisfacción vital presente en los estudiantes de bachillerato investigados lo ubica como un factor de protección, según Veenhoven (1994), la satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En éste estudio 24 sujetos que corresponden al 30.77% de la muestra afirman estar totalmente satisfechos con su vida calificándola con un valor de 10, esto se puede justificar por las limitadas responsabilidades que un adolescente tiene a su edad.

CONCLUSIONES

- Un valor que predice la salud mental en adolescentes es el relacionado con el consumo de alcohol, de acuerdo con los resultados obtenidos se ha determinado la presencia de trastornos de sueño y trastornos alimentarios y de control de impulsos, aunque los valores son relativamente bajos se evidencia que los adolescentes enfrentan los síntomas de insomnio con pastillas de dormir, el consumo de estas pastillas se presenta más en las mujeres dentro de una edad comprendida entre los 14 y 16 años.
- De acuerdo a los resultados obtenidos por la investigación se puede establecer que no existen estudiantes que se encuentren dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias, a pesar de que existe un 7.7% de estudiantes que afirman haber consumido tabaco una o dos veces durante los tres meses, ese valor no es representativo pero confirma que existe un temprano consumo de tabaco en proporcionalidad baja pero presente en los adolescentes junto con otro consumo interesante que son los somníferos.
- En lo referente al consumo de alcohol según el género, se observa que pertenecen al grupo de consumo prudente o bajo riesgo el 94% de mujeres frente al 83% de los varones, la diferencia entre los datos no demuestra que los varones tienen un consumo de alcohol superior que las mujeres.
- Un resultado representativo es el que corresponde al de la flexibilidad psicológica donde se puede notar en los estudiantes investigados que sus experiencias o recuerdos negativos no afectan de manera significativa el normal transcurso de su vida.
- La satisfacción vital que un adolescente afirma tener de su propia existencia es interesante, con un valor de 8 sobre 10 de acuerdo a los resultados, se la puede ubicar a la satisfacción vital como una variable que se encuentra asociada a la buena salud mental, el valor obtenido se puede explicar por la mínima presencia de responsabilidades en los estudiantes que implican un relativo bajo esfuerzo para cumplirlas, como por ejemplo la aceptación social o las responsabilidades académicas.
- Dentro de las variables psicosociales que predicen el consumo problemático de alcohol y otras sustancias en los adolescentes, está el temprano consumo de alcohol, aunque la ingesta de alcohol en los adolescentes no se la puede considerar

como un consumo de riesgo, perjudicial ni tampoco como síndrome de dependencia, se puede notar que, debido posiblemente a la presión de grupo, la mayoría de los adolescentes ha consumido cerveza u otro licor una o dos veces durante los últimos tres meses.

RECOMENDACIONES

- Frente a las consecuencias que causa la ansiedad en los adolescentes se recomienda promover una campaña para fortalecer buenos hábitos, como el acostarse temprano o comer de manera pausada.
- Otro factor que afecta de manera negativa a los adolescentes es la depresión por lo cual se debe incentivar las buenas relaciones entre los pares de adolescentes para que no sientan que se encuentran solos y que puedan confiar en las personas que se encuentran en su entorno próximo como son compañeros, maestros y familiares.
- Un hecho interesante, pero a la vez preocupante es el consumo de alcohol a temprana edad, siendo la cerveza la bebida más consumida, la publicidad en donde motiva a un adolescente a beber cierta marca de cerveza para ser aceptado por sus amigos es un factor que se debe regular ya que en los spots publicitarios aparecen cada vez modelos de corta edad y de aspecto atractivo, el ejemplo que reciben los jóvenes en su propia casa o en su barrio también promueven al consumo de alcohol. A pesar de existir la prohibición de la venta a menores de edad se debe exigir que se cumpla, lo mismo sucede con el consumo de cigarrillos.
- En el caso de los medicamentos para dormir se debe obligar a los dependientes de farmacias a vender únicamente bajo prescripción médica y a los doctores pedir que en lo posible eviten recetar este tipo de medicamento a fin de evitar dependencia en los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson.
- Baldwin, D. S., Evans, D. L., Hirschfeld, R. M., & Kasper, S. (2002). ¿Podemos distinguir la ansiedad de la depresión? *Psychological Bulletin*, 36.
- Barimboim, D., & Ferrari, R. (2003). Del estrés necesario al distrés laboral. *Publicación interna de la Cátedra de Psicología de los vínculos laborales*, 28.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (1996). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Berman, M. (1997). *Alcoholismo: certezas e interrogantes*. Mexico: OMS.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachmen*. New York: Basic Books.
- Calleja, F. G., García-Señorán, M. M., & González, S. G. G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2), 257-267.
- Campillo, N. C., Zafra, A. O., & Redondo, A. B. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 8(1), 61-77.
- Canals, J. (1990). Estudio epidemiológico de la depresión en la adolescencia. En J. M. Román Sanchez, & D. A. García Villamisar, *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar* (págs. 59-65). Valencia: Promolibro.
- Cazau, P. (2001). *Vocabulario de psicología*. Buenos Aires: Redpsicología.
- Clemente, M. A. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso del envejecimiento humano. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad*. México DF: Pearson Educación.
- Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Colom Marañón, B. R. (2006). *Psicología de las diferencias individuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Compas, B. (1995). *Promoting successful coping during adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Compas, B., Orosan, P., & Grant, K. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology in adolescence. *Journal of adolescence*, 331-349.
- Cortese, E. N. (2004). *Psicología Médica Salud Mental*. Buenos Aires: Nobuko.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1994). *Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud*,. Madrid: Editoriales Prisma.
- Elkins, I. J. (2004). El efecto del alcoholismo y/o drogadicción de los padres sobre la personalidad de los adolescentes. *Am J. Psychiatry*, 670-676.
- Escohotado, A. (2000). *Aprendiendo de las drogas Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Compactos Anagrama.
- Farre, M. J. (1999). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Oceano.
- Fenichel, O. (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Mouján, O. (1988). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Fernández, O. (1988). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ferrero, B. S. (2003). *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*= International journal of clinical and health psychology, 3(1), 141-157.
- Fierro, A. (1998). *Desarrollo social y de la personalidad en la adolescencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Griffiths, M. D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? En J. Gackenbach, *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications* (págs. 61-75). New York: Academic Press.
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2004). *PSICOLOGÍA DE LA ANORMALIDAD Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kalina, E. (2000). *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (2001). *Sobre la salud mental*. Buenos Aires: Paidos.

- Klein, M. (1999). *Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires: Paidós.
- Knobel, M. (2000). El síndrome de la adolescencia normal. En A. Aberastury, *La adolescencia normal* (págs. 39-40). Buenos Aires: Paidós.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *revista Adolescencia y Salud. Programa de Atención Integral de la Adolescencia*, 1.
- Laham, M. (2001). *Psicocardiología. Abordaje psicológico del paciente cardíaco*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, & W. Entel, *Social support, life events, and depression* (págs. 44-46). Nueva York: Academic Press.
- López Corbo, R. (1994). *La rehabilitación del adicto*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Martínez-Barranco, M. J. (2015). Flexibilidad psicológica y dolor crónico: una revisión de la literatura.
- Magnusson, D., & Törestad, B. (1993). A holistic view of personality: A model revisited. *Annual Review of Psychology*, 44, 427-452.
- Melillo, A., & Suarez Ojeda, M. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Moyano Díaz, Emilio, & Ramos Alvarado, Nadia. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 177-193.
- Musitu, G., & Herrero, J. (1994). La familia: formas y funciones. En G. Musitu, & P. Allat, *Psicología de la familia* (págs. 17-46). Valencia: Albatros.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Nadal Alemany, R. (2008). *La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés*. Madrid: Adicciones.
- Papalia, D., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mexico D.F.: McGraw Hill.
- Pereira, P. (2007). *Resiliencia individual, familiar y social*. Madrid: Interpsiquis.

- Pichon Riviere, E. (1981). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Rascovan, S. (2000). *Los jóvenes y el futuro*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Rovaletti, M. L. (1996). Alienación y libertad. *Revista Investigaciones en Psicología*, 28.
- Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas*. OPS.
- Szekely, B. (2000). *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires: Editorial Claridad.
- Tagle, S. (2000). La resiliencia: es la base de la prevención en salud mental”. En M. A. Grau, *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. (pág. 26). Madrid: Editorial Médica Panamericana,.
- Vanistandael, S., & Leonte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la resilience*. París: Bayard editions.
- Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

Anexo 1

Carta de presentación a los rectores de las instituciones educativas.



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 tesis.

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

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

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

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

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

Atentamente,


Mgtr. Marina del Rocío Ramírez
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA


Mgs. Jhon Espinoza Iniguez
COORDINADOR DE LA TITULACIÓN
DE PSICOLOGÍA

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

Anexo 2

Consentimiento informado para rectores.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

Yo, _____, en calidad de Rector del colegio _____ de la ciudad de _____

autorizo la aplicación la batería de los instrumentos psicológicos a los estudiantes del primero y segundo de bachillerato, como parte del proyecto: "Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015", desarrollado por la Universidad Técnica Particular de Loja.

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

Atentamente,-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

F. _____

Fecha: _____

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

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

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

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

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

Anexo 3

Consentimiento informado para padres



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

Firma del investigador: _____

CI: _____

CI: _____

Firma del padre de familia: _____ **Fecha:** _____

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

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

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

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

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

Anexo 4

Asentimiento informado para estudiantes



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

ASENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

Contactarse: Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371 444, Ext. 2631

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

☐ Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma del investigador:

Fecha: _____

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

Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371 444, Ext. 2631.

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

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

Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Enrique E., Guevara S., E. Sánchez C., Ramirez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivero M.

Anexo 5

Batería de los instrumentos psicológicos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA PARA ADOLESCENTES

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____
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:	☐ 1º de bachillerato		☐ 2º de bachillerato	☐ 3º de bachillerato	
6. Tipo de establecimiento:	☐ Fiscal	☐ Fiscomisional	Particular		
7. Estado civil:	☐ Soltero	☐ Casado	Separado / Divorciado		
8. Ocupación principal:	☐ Estudiante a tiempo completo	☐ Estudiante y trabajador	Si su respuesta es estudiante y trabaja, ¿Cuántos años viene trabajando? _____		
9. Zona donde vive:	☐ Urbano	☐ Rural			
10. ¿Quiénes viven con usted?	☐ Madre	☐ Padre	☐ Hermanos	☐ Tíos	☐ Abuelos
11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?:					
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?:	☐	☐	☐	☐	☐
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?:					
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?:					
15. En la relación con su actividad física la mayor parte de los días, fuera del establecimiento.	☐	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	☐ Hipertensión	☐ Síndrome del colon irritable
	☐ Cáncer	☐ Úlceras	☐ Otros problemas gastrointestinales	☐ Anemia	☐ Osteoporosis
	☐ Ansiedad o depresión	☐ Problemas de atención o memoria	☐ Hiperactividad TDAH	☐ Acné	☐ Anorexia
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?:	☐ Muy mala	☐ Mala	☐ Normal (ni buena, ni mala)	☐ Buena	☐ Muy Buena
				☐ Artritis o artrosis	☐ Tumores
				☐ Problemas cardiovasculares	☐ Alergia
				☐ Exceso de peso (más de 10% por encima del peso ideal)	☐ Otras

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	6. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	11. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	7. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	12. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	8. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	13. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	9. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	14. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	10. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	15. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	6. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	7. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	8. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	9. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ Casi nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre	10. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado aburrido por algo que ha ocurrido inesperadamente?	☐ Nunca	☐ De vez en cuando	☐ A menudo	☐ Siempre

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

1. Tengo un fuerte deseo de volver a ser el mismo/a que era antes.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
2. Normalmente me siento preocupado por el tiempo.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
3. Soy muy exigente y competitivo.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
4. Soy adictivo y dependiente.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
5. Como muy rápido.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
6. A menudo me siento muy presionado por el tiempo.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
7. Algunas veces me lleva trabajo a casa y luego pensando en ello hasta del trabajo.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
8. Algunas veces me siento inseguro, incómodo o insatisfecho con mi rendimiento académico.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
9. Algunas veces me siento inseguro, incómodo o insatisfecho con mi rendimiento académico.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
10. ¿Se siente molesto al esperar?	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca

1. Me preocupa y me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
2. Tengo miedo de mi futuro.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
3. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
4. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
5. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
6. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
7. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
8. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
9. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca
10. Me preocupa mucho lo que me va a ocurrir en la vida que querrá.	☐ Siempre	☐ A menudo	☐ De vez en cuando	☐ Casi nunca	☐ Nunca

[illegible]