



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución educativa ubicada en la ciudad de Quito

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Guzmán Zambrano, Daysi Mirian

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth MSc.

CENTRO REGIONAL QUITO

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 DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Elizabeth Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes del primero y segundo de bachillerato de una institución educativa, realizado por Daysi Miriam Guzmán Zambrano, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Noviembre de 2015

f.....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Daysi Guzmán declaro, ser autora del presente trabajo de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes del primero y segundo año de bachillerato de una institución educativa, de la titulación de Psicología, siendo Vivanco Vivanco, María Elizabeth MSc. 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 artículo 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 investigadores, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la universidad”.

f.....

Autora: Guzmán Zambrano Daysi Mirian

C.I: 1714021910

DEDICATORIA

A Dios, a mis ejemplares padres Genoveva Zambrano y Alfredo Guzmán, a mis emprendedores y luchadores hermanos Alejandra Guzmán y Luis Guzmán, a mi amado, inteligente y valiente esposo Luis Rivadeneira, a mi aun mayor motivación mi maravilloso hijo Sebastián Antonio Rivadeneira y a mi maestra de vida e incondicional apoyo mi mejor amiga Susana Sánchez.

Gracias desde lo más profundo y puro de mi corazón no me alcanzan las palabras para poder expresar cuanto les amo.

AGRADECIMIENTO

A mis padres Alfredo y Genoveva, por haber confiado en mi y darme su apoyo incondicional en todo momento, a mi esposo Luis Rivadeneira, por su amor y flexibilidad para apoyarme y motivarme en todo momento, a Susana Sánchez, mi mejor amiga, por ser mi faro en el camino y alentarme cada día a ser mejor profesional y ser humano, a mi *mayuyita* por ser mi mano derecha y mi ángel guardián para mí y para mi hijo, y facilitarme el espacio de tiempo que he requerido para mi preparación profesional; a mi suegro Renán Rivadeneira Cortéz por su generosidad y ejemplo de perseverancia.

A dos grandes profesionales con los que he tenido el honor de trabajar y compartir conocimientos, además de haber profundizado mi fe y mi pasión por la psicología: la doctora Beatriz Narvaez médico internista y neuróloga, y el doctor Carlos Jaramillo médico general y Psiquiatra.

Al equipo directivo encargado del desarrollo de los lineamientos de tesis de la Universidad Técnica Particular de Loja, porque sin su apoyo y directrices hubiera sido más difícil lograr el progreso y presentación del presente proyecto: Doctora PhD. María Elvira Aguirre Burneo, Magister Livia Andrade, Magister María Elizabeth Vivanco Vivanco, Economista Cristina Ontaneda.

Finalmente a mis amigos: Nathalia Román, Dustin Barreno, Andrea Riano y María Eugenia y todo el grupo de chat del programa de graduación porque los considero mis hermanos de carrera, por presionar e intervenir cuando debieron. Sin el apoyo de todos ellos difícilmente este trabajo estaría culminado.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	
1.1. Salud Mental.....	6
1.1.1. Definición de salud mental.....	6
1.1.2. Factores asociados a la salud mental.....	8
1.1.2.1. Personalidad.....	8
1.1.2.2. Estrés.....	18
1.1.2.3. Apoyo social.....	23
1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.....	24
1.1.2.5. Compromiso vital.....	25
1.1.2.6. Resiliencia.....	26
1.1.2.7. Ansiedad y depresión.....	27
1.1.2.8. Satisfacción vital.....	30
1.2. Consumo de drogas.....	31
1.2.1. Consumo problemático de drogas.....	32
1.2.2. Consumo problemático de alcohol.....	33
1.2.3. Causas del consumo de drogas.....	34
1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas.....	37
1.3. Adolescentes.....	40
1.3.1. Desarrollo biológico.....	40
1.3.2. Desarrollo social.....	41
1.3.3. Desarrollo psicológico.....	42
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	
2.1. Objetivos.....	45

2.1.1. Objetivo general.....	45
2.1.2. Objetivos específicos.....	45
2.1.3. Preguntas de investigación.....	45
2.2. Diseño de investigación.....	45
2.3. Contexto.....	46
2.4. Población.....	47
2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.....	48
2.5.1. Métodos.....	48
2.5.2. Técnicas.....	49
2.5.3. Procedimiento.....	59
2.5.4. Recursos.....	62
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS	
3.1. Resultados obtenidos: Análisis, interpretación de los datos obtenidos.....	64
3.2. Discusión de los resultados obtenidos.....	91
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES.....	100
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXOS:	
Anexo 1. Carta de presentación del proyecto.....	108
Anexo 2. Batería de evaluación.....	109
Anexo 3. Carta de consentimiento informado para padres de familia.....	110
Anexo 4. Cronograma de trabajo.....	111
Anexo 5. Carta de asentimiento informado.....	112
Anexo 6. Carta de concentimiento informado por parte del rector.....	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1. Características de la inflexibilidad psicológica	25
Figura No. 2. Sexo	64
Figura No. 3. Edad.....	64
Figura No. 4. Año de bachillerato.....	65
Figura No. 5. Figura de la batería con resultados estandarizados.....	66
Figura No. 6. Figura de los test AUDIT.	69
Figura No. 7. Figura de los test con resultados estandarizados género femenino.....	77
Figura No. 8. Figura de los test AUDIT.	77
Figura No. 9. Figura de los test con resultados estandarizados género masculino.	84
Figura No. 10. Figura de los test AUDIT.	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo de depresión en el adolescente	28
Tabla 2. Cinco campos de determinantes para el consumo y abuso de drogas, relacionados con las representaciones sociales	33
Tabla 3. Muestra.....	48
Tabla 4. Ficha Técnica del cuestionario sociodemográfico	50
Tabla 5. Ficha Técnica de PSS-14.....	51
Tabla 6 Ficha Técnica del UCLA.....	52
Tabla 7. Ficha Técnica del Type A Behavior Scale	53
Tabla 8. Ficha Técnica del AAQ-7	54
Tabla 9. Ficha Técnica del BRS.....	55
Tabla 10. Ficha Técnica del AUDIT	56
Tabla 11. Ficha Técnica del ASSIST	57
Tabla 12. Ficha Técnica del PHQ-9	58
Tabla 13. Ficha Técnica del LSQ.....	58
Tabla 14. Codificación	59
Tabla 15. Frecuencia (PSS-14).....	67
Tabla 16. Frecuencia (AAQ-7)	68
Tabla 17. Frecuencia (TYPE A)	69
Tabla 18. Frecuencia (UCLA)	70
Tabla 19. Frecuencia (BRS).....	71
Tabla 20. Porcentajes obtenidos Test ASSIT.....	72
Tabla 21. Frecuencia (PHQ-9).....	73
Tabla 22. Frecuencia (LSQ).....	74
Tabla 23. Frecuencia (TYPE A)	78
Tabla 24. Frecuencia (UCLA)	79
Tabla 25. Frecuencia (BRS).....	80

Tabla 26. Porcentajes obtenidos Test (ASSIST)	81
Tabla 27. Frecuencia (PHQ-9)	82
Tabla 28. Frecuencia (LSQ).....	83
Tabla 29. Frecuencia (PSS-14).....	84
Tabla 30. Frecuencia (AAQ-7)	85
Tabla 31. Frecuencia (Type A).....	87
Tabla 32. Frecuencia (UCLA)	88
Tabla 33. Frecuencia (BRS).....	89
Tabla 34. Porcentajes Test (ASSIT) género masculino.....	89
Tabla 35. Frecuencia (PHQ-9)	90
Tabla 36. Frecuencia (LSQ).....	91

RESUMEN

Este estudio se refirió a los factores asociados a la salud mental y el consumo problemático de sustancias. Se decidió analizar la distribución del estrés percibido y variables que modulan su impacto sobre los estudiantes, el presente trabajo forma parte de un estudio nacional realizado por la Universidad Técnica Particular de Loja.

La muestra total la conformaron 26 estudiantes de un colegio particular, las variables consideradas son: estrés, personalidad tipo A, soledad, resiliencia, consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes, depresión, ansiedad y satisfacción vital. Para medir las variables se utilizó una batería psicológica para determinar los factores que inciden en la salud y el consumo.

Las variables que modulan el impacto negativo del estrés sobre la salud y el consumo problemático de sustancias fueron la personalidad tipo A y el estilo de afrontamiento, la soledad o percepción de falta de apoyo social no presentó ser un modulador de mayor impacto.

Los indicadores de criterio de la salud como el consumo de sustancias, ansiedad, depresión y satisfacción vital han sido determinados como factores de protección o de bajo riesgo.

Palabras Clave: Sustancias, adolescencia, salud mental, consumo de alcohol, consumo de drogas, variables psicosociales.

ABSTRACT

The present study refers to the factors associated to mental health and the problematic of drug consumption. It analyzes the perceived stress distribution and the variables which modulates the impact over 1 and 2 high school students. The present study is part of a national study prepared by the Universidad Técnica Particular de Loja.

The total sample was taken to 26 students of a private mixed school. The variables considered were: Stress, Type A personality, Loneliness, Resilience, Alcohol / Cigarettes and Drugs Consumption, Depression, Anxiety and Life Satisfaction. The measuring of these variables was made by a psychological set of instruments that determines which are the factors that have an impact over mental health and drug consumption.

The variables that modulate the negative impact of stress on health and problematic of drugs consumption were the type A personality and the confrontation style, the loneliness or a perceived lack of social support did not show to be a greater impact modulator.

The health criteria indicators such as drug consumption, anxiety, depression and life satisfaction have been determined as protective factors or as low risk.

Keywords: Substances, adolescence, mental health, alcohol consumption, consumption of drugs, psychosocial variables.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación se encarga del estudio de las variables psicosociales asociadas con la salud mental y el consumo de sustancias estupefacientes en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de una institución educativa. Este trabajo se ha realizado a través de una revisión bibliográfica, el mismo que se ha organizado de la siguiente manera:

En el capítulo I, se desarrolla el **marco teórico**, acerca de los factores psicosociales relacionados con la salud mental, el consumo problemático de sustancias y temas referidos con el desarrollo de las y los adolescentes en el ámbito biológico, social y psicológico característicos de esta etapa de la vida.

El capítulo II se encarga de exponer la **metodología** empleada, misma que comprende los objetivos investigativos, el contexto de la investigación, las unidades de análisis o muestra delimitada, los métodos técnicas e instrumentos de evaluación, así como el procedimiento y los recursos empleados durante el proceso investigativo.

En el capítulo III se realiza el **análisis de datos**, en base a la descripción y discusión de los resultados obtenidos, que dan paso a establecer las conclusiones y recomendaciones.

La importancia de la declaración de la salud como unidad fundamental de desarrollo indispensable para los seres humanos, es una consideración que involucra el compromiso tanto académico de la Universidad Técnica Particular de Loja, así como también una responsabilidad a nivel individual y social para el aporte del desarrollo saludable de los individuos. Razón por la cual los trabajos y análisis investigativos que se efectúen en torno a la misma, son sin duda un aporte académico y científico, así como un deber ético y moral de las y los profesionales de psicología en formación.

Por otro lado el consumo problemático de sustancias es un tema complejo que afecta mundialmente a todas las sociedades, directa e indirectamente, generando cifras alarmantes no solo relacionadas con el consumo sino también de afecciones que se vinculan al mismo como violencia, salud física y sanitaria, así como la interrupción de un desarrollo pleno de la salud mental en lo individual y en lo colectivo. Es por tanto también importante trabajar este tema muy relacionado al tema de la salud mental desde un enfoque holístico e integrativo donde la orientación psicológica es de vital importancia.

Resulta fundamental entonces ante esta problemática social plantear alternativas que permitan la prevención y una intervención temprana, para esto se ha seleccionado como muestra de estudio a la población adolescente debido a que principalmente las afecciones relacionadas con la salud mental inician a finales de la infancia y principios de la adolescencia, de igual manera en el consumo problemático de sustancias la adolescencia es representada como un período crítico en el sentido del inicio del consumo.

De esta manera la investigación y el estudio las variables psicosociales relacionadas con esta problemática nos permiten dar un adecuado alcance a los objetivos y tener directrices claras como factores de protección y factores de riesgo dentro de una población determinada, lo que permite el accionar tanto en el ámbito preventivo como en el ámbito de acción temprana.

La recolección de datos fue seguido por un análisis de incidencia y la descripción de una o varias variables sobre una población explícita, con la finalidad de realizar un análisis descriptivo de tendencias relacionales hacia las variables estudiadas, que permitan ubicarlas como factores de riesgo o factores de protección sobre la muestra que ha sido investigada.

Este estudio no ha presentado dificultades ni inconvenientes representativos, se ha realizado en base a la colaboración activa y gentil de las autoridades de la institución educativa investigada, así como el cuerpo académico de la Universidad Técnica Particular de Loja.

CAPÍTULO 1:
MARCO TEÓRICO

1.1. Salud mental.

1.1.1. Definición de salud mental.

Antes de hablar acerca de la salud mental, es importante conocer la definición de salud, término que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionada por Boada & Grau (2012) indica que hace referencia “al estado de bienestar físico, mental y social” (p.76)

Se puede decir entonces que la definición de salud es la ausencia de enfermedad o deterioro, refiriéndose habitualmente al estado físico del ser humano. Si se toma en consideración los dos conceptos se debe tener en cuenta que existe una relación directa del estado físico, con el estado mental o psicológico de un individuo y su relación con el entorno social que lo rodea. Sin embargo en la actualidad, la noción de salud va mucho más allá, entendiendo que salud es el estado de bienestar en el que la persona adquiere lo que se ha dado en llamar calidad de vida.

A pesar de ser un concepto y un problema sobre el que frecuentemente se reconoce un acuerdo de principio, en situaciones concretas, ya sea en el mundo del trabajo o fuera de él, a decir de Montes (2008) es necesario entender que “nos enfrentamos con que no existe un único concepto de la salud y que su tratamiento como problema hace necesario considerar la influencia de otros muchos factores sociales, como la economía, la cultura, la política, entre otros” (p.52).

De ahí, el hecho de que al momento no existe con seguridad una definición oficialmente aceptada e inscrita de salud mental, el motivo principal es que su definición depende entre muchos otros factores de la diversidad cultural, conjeturas y discrepancias entre teorías profesionales, la manera cómo el individuo relaciona su entorno con la realidad, entre otros. Lo que lleva a entender que el concepto de salud mental es inevitablemente subjetivo y determinado por la cultura.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en su nota descriptiva No. 220, define a la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo que se puede decir entonces que un estado de salud mental no se refiere solamente a la ausencia de algún trastorno o discapacidad mental.

Según los datos y cifras de la (OMS, 2014) la salud mental es:

- Parte integral de la salud; tanto así que no hay salud sin salud mental.
- Algo más que la ausencia de trastornos mentales.
- Está determinada por factores tanto socioeconómicos como biológicos y del medio ambiente.
- Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.

Paradójicamente, el incremento en los niveles de estrés psicológico, el incremento del consumo de alcohol, sustancias adictivas, y el incremento en la incidencia de ansiedad y depresión en la población general reflejan una situación alejada del ideal de salud y bienestar buscados (OMS, 2014).

La salud mental es un estado de bienestar en donde la persona consciente de sus capacidades está apta para enfrentar adecuadamente sus problemas cotidianos y se desarrolla satisfactoriamente en sus actividades laborales lo cual beneficia altamente a su comunidad, de este modo la salud mental es importante no solo para el individuo en sí mismo sino para la sociedad y aquel que la posee es capaz de hacer frente al estrés de forma tal que puede adaptarse al medio que le rodea sea este el trabajo, la familia su comunidad, entre otros.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, señala que “para muchas personas, los problemas de salud mental surgen por primera vez durante la adolescencia. En muchos países se está registrando un aumento de los casos de depresión (...), y comportamientos autodestructivos” (UNICEF Staff, 2011, pág. 4). De aquí la importancia de entender e identificar principalmente en esta etapa de la vida, los factores de protección o riesgo que se encuentran asociados a la salud mental para su preservación y ampliación. Finalmente, cabe señalar que cada etapa de la vida como la niñez, adolescencia, adultez y vejez requiere de un adecuado estado de salud mental para su desarrollo pleno.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental.

1.1.2.1. Personalidad.

La personalidad es una estructura de sentimientos y pensamientos establecidos, que están unidos al comportamiento los cuales se mantienen a lo largo del tiempo y de las situaciones, se relaciona con la herencia y el ambiente; es decir, a la personalidad del ser humano la determinan los rasgos genéticos adquiridos mediante cromosomas paternos y también el ambiente en el que crece o se desarrolla un ser humano. Al respecto Cloninger (2003) dice que “La personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento interindividual y a la experiencia de la persona” (p.3). Así pues se indica que cada persona es diferente a otra con pensamientos, sentimientos y acciones diferentes.

Al hablar de la personalidad no se puede pasar por alto un período fundamental no solo de adaptación sino de desarrollo integral de la misma, nos referimos a la adolescencia, es válido mencionar además que ésta constituye una etapa de cambios y de manifestación biológica, social y cultural de los individuos.

Continuando con la definición de personalidad y remitiéndonos al concepto que ofrece la Real Academia de la Lengua Española, RAE, (2012) tenemos lo siguiente:

1. f. Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra.
2. f. Conjunto de características o cualidades originales que destacan en algunas personas.
3. f. Persona de relieve, que destaca en una actividad o en un ambiente social.
4. f. Inclinação o aversión que se tiene a una persona, con preferencia o exclusión de las demás.
5. f. Dicho o escrito que se contrae a determinadas personas, en ofensa o perjuicio de las mismas.
6. f. Der. Aptitud legal para intervenir en un negocio o para comparecer en juicio.
7. f. Der. Representación legal y bastante con que alguien interviene en él.
8. f. Fil. Conjunto de cualidades que constituyen a la persona o sujeto inteligente.

De acuerdo con estos conceptos tenemos entonces según los puntos 1,2 y 8 que la personalidad es lo que permite diferenciar a un individuo de otro debido a que cada uno

posee cualidades y características propias e irrepetibles, propias al ser humano. Según el punto 3, se alude a lo distinguida que pueda ser una persona socialmente o a lo mucho que pueda sobresalir en alguna actividad, el punto 4 y 5 se refiere al criterio de personal que pueda tenerse de los individuos y estos pueden ser favorables o no y en el punto 6 y 7 se relaciona a personalidad con el conocimiento, las capacidades y la seguridad propia de las personas.

Entonces, definir a la personalidad no es fácil, se puede decir que la personalidad es un tema de mucho interés y lo ha sido desde hace muchos siglos, filósofos y escritores se han interesado y han tratado de describirla llegando a conclusiones muy ambiguas, sobre esto, Bermudez, Perez, Ruíz, & al. (2012) indican que "(...) hay casi tantas definiciones como autores han escrito sobre la misma" (pág. 17). Por lo tanto no existe un concepto unificado respecto a lo que es la personalidad.

Es desde el siglo pasado que la psicología científica tomó las riendas de la personalidad y la incluyó como un campo que estudia a los individuos.

Se repasa a continuación brevemente un compendio de las diferentes perspectivas teóricas de la personalidad y sus representantes más destacados quienes sin lugar a dudas han ayudado a comprender el significado, desarrollo y evolución de la personalidad.

- ***Perspectiva psicoanalítica.***

De acuerdo a lo que indica Cloringer (2003), la idea principal de esta perspectiva es el inconsciente, el denominador común de todos los enfoques psicoanalíticos es el concepto de dinámico del mismo, por lo que se describen los siguientes principios característicos:

- La personalidad está fuertemente influida por determinantes inconscientes.
- El inconsciente es dinámico, o motivacional, y está en conflicto con otros aspectos del inconsciente y con la consciencia.
- El inconsciente se origina en la experiencia temprana. (Cloringer, 2003, pág. 29)

Varios son los expertos que han expuesto sobre esta teoría entre ellos se encuentra Freud quién es considerado el padre del psicoanálisis, y al hablar de la perspectiva psicoanalítica vemos que el objetivo de esta teoría radica en hacer consciente lo inconsciente para que la

persona lo afronte, por lo que se debe poner un mayor énfasis en este, indicando que el comportamiento es causado por las fuerzas psicológicas de acuerdo con el postulado del determinismo psíquico.

Por otro lado, estableció dos modelos para comprender la personalidad, el primero es el modelo topográfico aquí se habla de tres niveles de consciencia:

- El consciente
- El preconscious
- El inconsciente

El segundo es el modelo estructural aquí la personalidad se explica en términos de tres estructuras:

- El ello
- El yo
- El súper yo

La personalidad se desarrolla mediante cinco etapas psicosexuales:

- Fase oral,
- Fase anal,
- Fase fálica,
- Fase de latencia, y
- Fase genital.

Por otro lado está Jung, a diferencia de Freud opina que el inconsciente no se refiere solamente a la energía sexual sino a una amplia energía psíquica. Aquí el consciente, y el inconsciente mantienen una relación de compensación, describe las diferencias de la personalidad en estas dos actitudes innatas: introversión (orientado al mundo interior) y extraversión (orientado al mundo exterior) y en las funciones cognitivas y emocionales que son las dimensiones básicas de las diferencias individuales, reconoce un nivel de experiencia humana que trasciende de lo personal a lo colectivo estos últimos son los dos tipos diferentes de inconsciente que tenemos todas las personas, el inconsciente personal encierra las memorias individuales e inconscientes y el inconsciente colectivo encierra o contiene los arquetipos o memorias racionales.

Jung mencionado por Cloninger (2003, p.70), dice que los arquetipos son convicciones cargadas de emociones que unen los conceptos universales a la experiencia individual, los principales son: madre, persona, ánima, animus, Dios.

De acuerdo a esta teoría se puede decir entonces que la personalidad tiene orígenes históricos y raciales, se recibe de los antepasados la tendencia que moldea nuestra manera de contemplar y responder a la vida la cual está dirigida por objetivos precisos.

Dentro de esta perspectiva Cloninger (2003, p.105), menciona a Adler, quién resaltó el esfuerzo consciente y creativo a diferencia del determinismo inconsciente de Freud, consideraba la vida como una lucha para alcanzar la superioridad personal y que los seres humanos están motivados por demandas sociales, los seres humanos son amos y no víctimas de su destino.

Es decir el experto piensa que por un deseo de superioridad, las personas sienten la necesidad de derrotar la inferioridad, que le es inherente, la perfección es la meta de la vida y la gente maneja la inferioridad básica por medio de la búsqueda del poder. El sentimiento “sentir más” es una forma de compensar el complejo de inferioridad. Adler vio la personalidad como una unidad. (Cloninger, 2003, p.110)

Cloninger (2003) afirma: “Los padres contribuyen a los estilos de vida enfermizos al consentir o descuidar a sus hijos, el interés social es el factor clave de la salud psicológica” (p.128). Así que, la familia puede intensificar los sentimientos de inferioridad del niño y orienta a cambiar el estilo de vida al de uno socialmente útil.

Adler influye en el pensamiento de Horney, quién muestra una teoría limitada a la neurosis, sitúa a las personas neuróticas y sanas en un contínuum, describe al neurótico que existe en todas las personas. El concepto fundamental es “ansiedad básica o fundamental, que es el sentimiento del niño de estar aislado y desvalido en un mundo hostil en potencia, la ansiedad básica es experimentada por el niño como resultado del rechazo o desinterés de los padres”. (Cloninger, 2003, p. 161), por otro lado describe tres tipos de caracteres con los que el niño intenta resolver el conflicto:

- El sumiso que va hacia la gente
- El desapegado que se aleja de la gente
- El agresivo que se mueve contra la gente.

En este sentido Erikson, se orienta más a la sociedad y la cultura, acepta todas las ideas de Freud como correctas, de la misma manera las ideas respecto al yo de otros freudianos como Heinz Hartmann y Anna Freud. Planteó una teoría del desarrollo psicosocial que detalló ocho etapas a lo largo de la vida con las que debe enfrentarse una persona. En cada etapa, la cultura influye en el desarrollo y antagónicamente las personas también influyen en la cultura mediante el desarrollo de su identidad. (Cloninger, 2003, p.133)

Cada crisis del desarrollo está marcada por dos tendencias que se oponen: Una positiva y otra negativa. El equilibrio relativo de las dos tendencias determina si la crisis será resuelta saludablemente o no. Las fases del desarrollo psicosocial son:

- Confianza versus desconfianza (nacimiento-18 meses)
 - Autonomía versus pena/duda (18 meses-3 años)
 - Iniciativa versus culpa (3-6 años)
 - Identidad versus confusión del yo (pubertad-edad adulta)
 - Intimidad versus aislamiento (edad adulta temprana)
 - Productividad versus estancamiento (edad adulta intermedia)
 - Integridad versus desesperanza (vejez).
- ***Perspectiva de los rasgos.***

El rasgo es una definición científica que hace referencia a la conducta de las personas en distintas situaciones, “un rasgo es un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad” (Cloninger, 2003, p.193). Permite describir las diferencias individuales de las variables de la situación que afectan al comportamiento, pero no hasta el punto de cambiar la posición de los sujetos en la dimensión o rasgo.

En la definición de las teorías de los rasgos existen diferencias pero todas coinciden en las siguientes suposiciones básicas:

- Los enfoques de los rasgos ponen énfasis en las *diferencias individuales* de las características que son más o menos estables a través del tiempo y de las situaciones.
- Los enfoques de los rasgos ponen énfasis en su *medición* por medio de test, a menudo cuestionarios de autoreporte. (Cloninger, 2003, p.193).

En las teorías de los rasgos las situaciones y los rasgos son importantes, los rasgos de la personalidad se los mide o se los determina mediante instrumentos de medición.

Dentro de esta teoría son varios los expertos que la desarrollan entre ellos se puede mencionar a Allport mencionado por Boeree (2002), quién fue el primero en hacer uso del término psicología humanista, es un gran referente para muchos grandes autores su enfoque ecléctico, acogió muchas verdades de muchas áreas. La teoría de Allport es una de las primeras teorías humanistas que influiría a tantos otros como Kelly, Maslow y Rogers. Para él el rasgo es la unidad primaria de la personalidad a través del cual se puede describir la personalidad.

Para Allport la personalidad no se hereda de forma directa, lo que sí se hereda es una predisposición a desarrollar la personalidad dentro de ciertos límites, el ambiente entrega elementos de interpretación para determinar las distintas formas de respuesta, en si su concepción es:

Una organización dinámica en el interior del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta, su pensamiento y su peculiar ajuste al medio. En la personalidad concurren aspectos cognitivos, afectivos y operativos; unos son constitucionales y genéticos, y se denominan temperamento; otros son psíquicos, en parte heredados y en parte adquiridos mediante aprendizaje e influencia del medio, y se llaman carácter. (Hernandez, 2009)

La salud se basa en la integración u organización activa de las personas, una personalidad sana se convierte en un todo organizado y autorregulado, la personalidad está sujeta a influencias biológicas y psicológicas. El temperamento constituye una base biológica heredada de la personalidad, la experiencia influye en la formación de la personalidad y esta es una causa de la conducta, además existen funciones adaptativas y de afrontamiento únicas para cada persona debido a las diferencias en la herencia y el ambiente. El supuesto principal es la singularidad de la persona, cada uno tiene una disposición personal formada por rasgos.

Para Cattell mencionado por Cloringer (2003), la estructura de la personalidad es dimensional, los rasgos y sus dimensiones se pueden medir porque son cuantitativos.

Todo el trabajo de Cattell se ha orientado al descubrimiento de los elementos que configuran la personalidad, y al desarrollo de pruebas para poder valorar estos elementos o rasgos. También ha defendido que la forma de poder conseguir ambas metas era la utilización del AF (análisis factorial). (Clínica, Psicológica, Mars V., 2014)

La definición de personalidad de Cattell (1950, p.2) resume perfectamente su enfoque teórico y empírico: "Personalidad es lo que permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación dada". (Cloninger, 2003, p.234). Haciendo esta predicción son los rasgos que los identifican como unidades que tienen valor predictivo, esto hace que la personalidad se la pueda describir sistemáticamente mediante la medición y el uso de test de personalidad como el 16PF que fue desarrollado por él mismo.

Cattell propone un modelo en el que expresan cinco factores básicos de la personalidad y que son universales estos son:

- Extroversión (dominio-sumisión y sugerencia)
- Afabilidad (adaptabilidad social o agrabilidad)
- Neuroticismo (preocupación, inseguridad)
- Rectitud (seriedad, control de impulsos y voluntad de logro)
- Apertura.

Por otro lado se muestran algunas valoraciones críticas respecto al modo como se describe la personalidad, estos son:

- Se ha centrado en la estructura de la personalidad, pero no dice nada de los procesos o dinámica de la misma. No se especifica cómo los rasgos dan lugar a conductas concretas en las distintas situaciones.
- La descripción de la personalidad basada en los cinco factores omite aspectos muy relevantes para diferenciar a los individuos, referidos a lo que la gente quiere hacer o conseguir (metas, proyectos), y los métodos que utilizan para lograrlo (estrategias, defensas, planes).
- Las cinco dimensiones básicas de personalidad son unidades descontextualizadas que no tienen en cuenta la situación en la que tiene lugar el comportamiento.

Por su parte Eysenck se apoya primordialmente en la psicología y la genética. Pese a que es un conductista que considera a los hábitos aprendidos como algo de gran importancia, piensa también que las diferencias en las personalidades surgen de la herencia. Esto indica que el temperamento es su tema de principal interés, por lo que propuso tres factores de la personalidad:

- Extraversión-introversión
- Neuroticismo
- Psicoticismo

Cloninger, (2003) afirma. "Entre los aspectos más interesantes de la teoría de Eysenck se encuentra la predicción de que los individuos que, debido a su sistema nervioso, no forman con facilidad respuestas condicionadas al castigo, tienen mayor riesgo de convertirse en delincuentes" (p.261). Entonces, en el dolor y el temor está la raíz de que se evite un mal comportamiento.

- ***Perspectiva del aprendizaje.***

Según Lundin señalado por Cloringer (2003, p.274) para el enfoque conductual cada ser humano tiene diferentes maneras de aprender en ambientes diferentes por lo tanto, las conductas de las personas son diferentes. "La personalidad consta de conductas que se incorporan en amplios repertorios de comportamientos a lo largo del ciclo vital". Lo que es más importante aquí es la naturaleza funcional de la conducta antes que la estructura de la personalidad que sí lo es en el enfoque de los rasgos y el psicoanalítico.

Algunos expertos exponen acerca de esta perspectiva como es el caso de Skinner mencionado por Sánchez (2009, p.228), a quién se le considera como el líder del conductismo radical, y quién propuso la ley del condicionamiento operante, su teoría se basa en los principios del reforzamiento, realizó experimentos con ratones, palomas, monos y seres humanos, para conocer principalmente como influyen en la conducta la recompensa y el castigo.

El comportamiento es seguido de una consecuencia, y la naturaleza de esta, modifica la tendencia del organismo a repetir el comportamiento en el futuro, lo que quiere decir que el comportamiento es gracias a los determinantes ambientales. Para Skinner, a través del

modelamiento es posible producir nuevas conductas. Para el conductismo la personalidad no es innata sino aprendida.

La personalidad se aprende completamente por experiencias directas con el ambiente externo, la conducta es totalmente moldeable en función del contexto y rechaza las tendencias innatas, los motivos inconscientes y rasgos emocionales. (Sánchez, 2009, p. 228).

Dentro de la perspectiva del aprendizaje encontramos el enfoque cognoscitivo del aprendizaje social con los siguientes autores más destacados:

Bandura, su teoría de la personalidad dice que “el entorno de la persona causa su comportamiento, reconoce la importancia del contexto social para la personalidad” (Cloninger, 2003, p.359). El ambiente causa el comportamiento y el comportamiento también causa el ambiente a esto se le conoce con el nombre de determinismo recíproco.

El autor considera a la personalidad como una interacción entre: ambiente, comportamiento y procesos psicológicos. Prueba la posibilidad de aprender el comportamiento agresivo mediante el solo hecho de observar, sin reforzamientos. El comportamiento se aprende pero es mediado por los procesos cognitivos.

Por su parte Kelly indica que las personas comunes son científicas que ponen a prueba sus creencias y tienen construcciones de su realidad. “Las personas no son títeres de la realidad. Construyen su propio destino por la forma en que interpretan los acontecimientos”. Esta teoría es muy criticada por omitir motivación, el énfasis de esta teoría se enfoca en los pensamientos de las personas. (Cloninger, 2003, p.383).

- ***Perspectiva Humanista.***

Representa una tercera fuerza en la teoría de la personalidad. Se opone tanto al conductismo en cualquiera de sus variantes como al psicoanálisis freudiano, “(...) el compromiso central del movimiento humanístico: una recuperación para la psicología de la vida mental del ser humano y de sus objetivos existenciales” (Sánchez, 2009, p.408).

La conducta es algo global, contrario a ser constituida por unidades elementales, siempre implica una interrelación individuo-sociedad. Lo que distingue al enfoque humanista proviene

de su compromiso con el valor de crecimiento personal, que se resume en las siguientes características principales:

- La perspectiva humanista se centra en aspectos “superiores”, más avanzados y sanos de la experiencia humana y su desarrollo, entre ellos se encuentran la creatividad y la tolerancia.
- La perspectiva humanista valora la experiencia subjetiva del individuo, incluida la experiencia emocional. Esto se denomina en ocasiones enfoque fenomenológico.
- Los psicólogos humanistas ponen más énfasis en el presente que el en pasado o el futuro.
- Los humanistas recalcan que cada individuo es responsable de los resultados de su vida. No hay condiciones pasadas que predeterminen el presente. La capacidad de una persona para la autoreflexión mejora la elección sana.
- La perspectiva humanista pretende aplicar sus descubrimientos al mejoramiento de la condición humana modificando el ambiente en que se desarrolla la gente. Supone que, dadas las condiciones apropiadas, los individuos se desarrollarán en una dirección deseable. (Cloninger, 2003, p.409).

Lo que contiene la capacidad para un buen crecimiento es un “sí mismo verdadero”, de lo contrario dará como resultado una socialización inadecuada o no saludable, los humanistas se enfocan más en el proceso y el cambio que en la medición de las diferencias individuales y subrayan el impulso de autorrealización.

Rogers, radicalmente optimista, considera a las personas como esencialmente saludables y buenas (persona plenamente funcional), la salud mental es algo normal de la vida mientras que la enfermedad mental es una alteración de la tendencia natural. Todos los seres humanos tienen una motivación innata que los lleva a desarrollarse hasta su máximo potencial y si fallan no será por falta de deseo.

Su teoría está constituida a partir de una sola fuerza de vida denominada tendencia a la realización. La tendencia formativa es la inclinación amplia hacia el desarrollo en la naturaleza, la conducta del ser humano es racional lo que le ayuda a alcanzar sus metas. Así pues “Una persona completamente adaptada, puede simbolizar cualquier experiencia en verbalizaciones conscientes”. (Universidad Complutense de Madrid, 2011, pág. 9)

Maslow, citado por Cloninger (2003) descubrió que ciertas necesidades prevalecen sobre otras, estableció una jerarquía de necesidades de cinco niveles por las cuales la gente se desarrolla, necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades de amor y pertenencia, necesidades de estima, autorrealización. Su teoría se basa en la autorealización humana y la motivación y difiere de los modelos Freudiano y conductista. El ser humano tiene una voluntad hacia la salud determinada de una manera innata.

- *Personalidad Tipo A*

Los tipos de personalidad han sido establecidos de acuerdo a las formas que tienen los individuos para interactuar con el mundo que los rodea. La personalidad tipo A se caracteriza por: impaciencia, intensa implicación laboral, competitividad, inquietud, tensión muscular, necesidad de logro y actitudes exigentes. Se encuentra relacionada con un mayor o menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cefaleas, enfermedades alérgicas y respiratorias, consumo de alcohol y cigarrillos, conflictos familiares, insatisfacción con las relaciones sociales, mayor incidencia de accidentes, suicidios y homicidios, etc. (Polaino-Lorente, Cabanyes, & Del pozo, 2003).

A una persona impaciente y tensa durante la mayor parte del día se la puede identificar por un mal carácter lo que puede llevarle a vivir en conflicto con su mundo circundante, podría ser que el grado de implicación laboral cause a estas personas recurrir a horas extras de trabajo lo que disminuirá los momentos de esparcimiento necesario para liberar hormonas del estrés y generar oxitocina que ayudará a sentirse más cómodo y tranquilo con la vida. Los rasgos de la personalidad tipo A se relacionan altamente con las enfermedades cardíacas por lo tanto no sería extraño pensar que también pueda relacionarse con accidentes cerebrovasculares.

1.1.2.2. *Estrés.*

Según Orlandini (2012), estrés es el agente, estímulo o factor que lo provoca o estresor, a su vez a la respuesta biológica al estímulo para expresar la respuesta psicológica al estresor, este factor hace referencia a todas aquellas consecuencias o enfermedades derivadas de una situación de estrés, de tal manera a continuación se abordan los síntomas psicosomáticos que lo causa.

Por su parte Hans Selye, mencionado por Benjamín (2000, pág. 5) indica que el estrés “fundamentalmente una respuesta fisiológica, ya que es la respuesta del organismo a cualquier demanda del medio”.

Por lo tanto se puede decir que el estrés, es generado por el mismo individuo que lo padece, tomando en cuenta que cada una de las situaciones por las que se debe vivir a diario ocasionan que se generen un sin número de emociones, de las cuales el organismo no las asimila de la manera correcta, desembocando en situaciones de extrema ansiedad conocida como estrés.

Según Salpolsky y otros, mencionado por la Universidad Técnica Particular de Loja, (2015) refiere que el estrés se ha considerado como uno de los principales factores responsables del deterioro de múltiples indicadores de salud y bienestar de las personas.

La percepción psicológica de una situación continuada de estrés caracterizada por la percepción de falta de control y predictibilidad sobre los resultados de nuestro comportamiento, está asociado con dos efectos directamente relacionados con la salud:

1. Incremento del riesgo de problemas de ansiedad y depresión (McQuade & Young, 2000).
2. Incremento de consumo de alcohol y otras sustancias (Shina, 2008).

El consumo de alcohol por sí solo está asociado con mayor riesgo de violencia, depresión, suicidio, complicaciones físicas y la pérdida de hasta 4 años de la vida (OMS, 2014).

De acuerdo a lo mencionado por Marmot & Bruner, Golden, Conroy & Bruce, según lo citado por la Universidad Técnica Particular de Loja (2015), el impacto negativo del estrés sobre la salud parece estar mediado por al menos tres variables:

1. Un estilo de personalidad caracterizado por la tendencia a la competitividad, hostilidad y presión del tiempo, denominado tipo A, que supondría mayor vulnerabilidad al estrés.
2. La soledad o percepción de falta de apoyo social, también asociado a un mayor consumo de sustancias.

3. El 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.

- **Somatización o síntomas psicósomáticos.**

Los trastornos somáticos o psicósomáticos son aquellos en los que se experimenta y se comunica uno o algunos síntomas inexplicables desde el punto de vista médico, que no son atribuibles a una enfermedad física y para los que han fracasado los tratamientos médicos habituales. Estos síntomas físicos son excesivos para lo que se esperaría, por lo que se desprende de la historia clínica y de las exploraciones médicas realizadas, “los trastornos de somatización son las manifestaciones físicas del dolor mental” (Gonzales & Landero, 2006, p.46).

El cuerpo es el altavoz de la mente, cuando no existe un adecuado gestionamiento de las emociones y estas son evitadas o reprimidas, el cuerpo es el encargado de recordar que existe algo por resolver y lo manifiesta mediante dolencias o padecimientos físicos. Los trastornos psicósomáticos más habituales son:

- Trastornos cutáneos
- Trastornos respiratorios
- Trastornos del sistema inmunitario
- Trastornos cardiovasculares
- Dolor crónico
- Trastornos endócrinos
- Trastornos osteomusculares
- Trastornos genitourinarios
- Trastornos somáticos.

Según Rodríguez citado por González y Landero (2006) indica que “los pacientes con somatización se resisten a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico” (p.46). Por consiguiente, la dificultad por parte de los pacientes para seguir adecuadamente un tratamiento psicológico y el consecuente mantenimiento de las dolencias físicas que podrían empeorar.

- **Sistema nervioso autónomo y sistema inmunológico**

El estrés es una reacción fisiológica en respuesta del organismo, con el firme propósito de aumentar la supervivencia frente a amenazas de corto plazo, de tal manera Wimbush y Nelson mencionados por González, Landero y Valdez (2009, pág. 47) (2006, p.47) indican que “las enfermedades psicosomáticas pueden resultar en una activación del sistema nervioso autónomo o bien de una supresión en el sistema inmune”.

Relacionándolo con el estrés, la activación del sistema nervioso autónomo ocurre cuando un estresor es percibido, “los órganos que son estimulados por tejidos nerviosos reciben un exceso de hormonas de estrés; estas hormonas estimulan la función del órgano e incrementan su tasa metabólica; cuando los órganos no tienen la oportunidad de relajarse, podrían iniciar las disfunciones”. (2009, pág. 47)

Cuando el cerebro humano percibe algún estímulo que pueda ser amenaza para el tiempo o la vida misma, el cuerpo secreta hormonas del estrés principalmente el cortisol que ayudarán a que se posea la energía que se requiera para el afrontamiento o la huida. Pero que en cantidades fuera de los niveles normales puede generar problemas fisiológicos como dolores abdominales por ejemplo, problemas de ansiedad que lleven a beber, fumar o comer más de lo habitual y finalmente la enfermedad misma como los problemas de memoria, cambios en la personalidad, mayor predisposición a enojarse, depresión, entre otras.

Para la neurocientífica Sonia Lupian (2012) “El cerebro es un experto buscador de amenazas” El estrés ha sido una respuesta que ha ayudado a la supervivencia del ser humano y de los animales, sin embargo, en la actualidad se puede convertir en una gran amenaza para la salud por ello es necesario conocerlo bien antes de que genere estragos.

- **Estrés contemporáneo y el estrés crónico.**

A las personas les estresan cosas o situaciones diferentes, existen cuatro características de una situación que causan estrés, novedad, impredecibilidad, sensación de descontrol y amenaza para la personalidad, a medida que cada una de estas características se presente en el individuo mayor será su grado de estrés.

El estrés afecta tanto a niños a causa de que su cerebro se encuentra en proceso de desarrollo, a los adolescentes por su obvio proceso de cambio físico, psicológico y social, un adolescente que todavía carece de la capacidad de vencer su estrés corre el riesgo de sufrir depresión o ansiedad u otra enfermedad, o de intentar paliarlo con métodos peligrosos como las drogas o el avestruzismo. El estrés afecta también a las personas mayores debido a su proceso de envejecimiento.

Ciertos niveles de estrés son necesarios para aumentar la motivación pero es importante conocer la resistencia de cada persona al estrés para que en el momento que se sienta que está sobrepasando los niveles y llegando al exceso se detenga su aumento y evolución de inmediato. (Lupian, 2012)

Existen factores estresantes absolutos y relativos, los primeros suponen una amenaza potencial para la supervivencia y la vida, pero en la actualidad ya no existen copiosas amenazas potenciales como en épocas anteriores cuando el ser humano debía cazar para comer, pese a esto la Organización Mundial de la Salud predice que para el año 2020 la depresión relacionada con el estrés crónico será la segunda causa de invalidez en el mundo (Lupian, 2012).

Los factores estresantes que ahora son relativos serían entonces los causantes de la ocurrencia de esta predicción, estos factores son relativos debido a que en la actualidad generamos respuesta de estrés ante situaciones nuevas, impredecibles, que no controlamos, entre otros, y estamos expuestos a estos estímulos la gran parte del tiempo mediante los medios de comunicación por ejemplo, y las demandas de la vida moderna entre otros, esto provoca que se generen consecutivamente respuestas de estrés en cada momento.

Las personas con estrés crónico pueden habituarse a un factor estresante crónico, pero se hipersensibilizan ante los demás factores en otras situaciones de la vida diaria que no son relevantes. De este modo una persona que se enoja con facilidad puede estar mostrando señales de que padece estrés crónico lo que quiere decir que está intentando abordar un factor estresante y por ello se ha vuelto en exceso reactivo a los demás.

1.1.2.3. Apoyo social.

En la literatura no existe una definición consensuada de apoyo social, el mismo reúne varias condiciones de la sociedad en forma de aporte brindado o recibido en el momento requerido. “El conjunto de provisiones expresivas o instrumentales - percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, provisiones que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis” (García, Herrero, & Musitu, 2005, pág. 8)

La ayuda recibida y percibida hace referencia a las dimensiones objetiva y subjetiva del apoyo social, la dimensión objetiva es el tipo de apoyo tangible y real de ayuda que se brinda, y la dimensión subjetiva es la evaluación del individuo de esa ayuda. Cabe señalar que tanto los procesos sociales objetivos como lo que piense el individuo respecto a esos procesos influye en el bienestar de las personas.

El apoyo social consta de aspectos funcionales es decir, las funciones que cumplen las relaciones sociales, y de aspectos estructurales como la composición de las redes sociales.

Así mismo se han planteado dos efectos del apoyo social que han dado lugar a dos formas de ver el mismo, la primera es la hipótesis del efecto directo y la segunda es la hipótesis del efecto de amortiguación la “hipótesis de efectos directos, defiende que el apoyo social tiene un efecto sobre la salud y el bienestar, independientemente del estrés” (Lopez & Sánchez, 2001, pág. 138)

Del mismo modo la hipótesis del efecto de amortiguador cuenta con numerosos estudios que lo respaldan, esta hipótesis “(...) establece que el apoyo social es esencialmente un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes” (Lopez & Sánchez, 2001, pág. 17)

- Ámbitos de apoyo.

García, Herrero & Musitu (2005) mencionan tres ámbitos de apoyo:

- La comunidad
- Las redes sociales

- Las relaciones íntimas

Cada uno de estos ámbitos le otorgará a la persona un sentimiento de ayuda. La comunidad por ejemplo le permitirá sentir al individuo que pertenece a algún grupo, las redes sociales le ayudarán a generar en sí mismo un sentimiento de vinculación y las relaciones íntimas el sentimiento de compromiso.

Existen dos formas de ayuda que son, la ayuda instrumental que es el medio para lograr los objetivos y la ayuda expresiva que constituye un fin en sí misma. No es lo mismo un apoyo cotidiano que un apoyo en estado o situación de crisis, se debe conocer exactamente hasta dónde las relaciones sociales pueden fomentar el bienestar y proteger contra la enfermedad (García, Herrero, & Musitu, 2005).

1.1.2.4. Inflexibilidad Psicológica.

La inflexibilidad psicológica hace referencia a aquellos pensamientos poco accesibles al cambio, generalmente estos criterios son emitidos por los adolescentes, como característica propia de la edad, puesto que se encuadran en estándares que de acuerdo a ellos son los únicos existentes para resolver ciertas situaciones o problemas.

Según Berger (2009) esta es una propiedad de la personalidad humana que se caracteriza por emitir conceptos o tomar ciertas actitudes de acuerdo a la conveniencia de la persona, cambiando cuando sea necesario y tomando la estructura de los objetivos deseados.

Por su parte Russo y Forsyth (2010), muestran una matriz en la que se establecen las características básicas de una persona que tiene inflexibilidad psicológica, entre las que se pueden mencionar:

- Prevalencias de acontecimientos pasados como base para estructurar el futuro
- Estos individuos evitan la experimentación de experiencias para evitar cualquier riesgo.
- Son personas muy impulsivas
- Se mantienen muy apegados a la estructuración social y conceptual de la problemática en la que se desarrollan, es decir no se salen de lo previamente establecido.

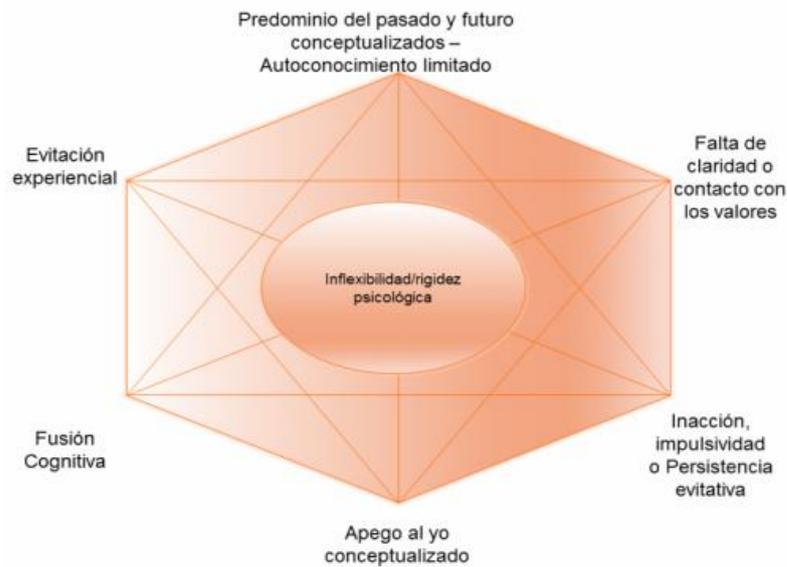


Figura No. 1. Características de la inflexibilidad psicológica
Fuente: Russo y Forsyth (2010)

De lo observado se puede concluir que la inflexibilidad psicológica no beneficia a las personas por cuanto las incapacita para resolver conflictos o sopesar favorablemente las situaciones complejas de modo que por lo general invierten mayor cantidad de tiempo y esfuerzo que les genera un desgaste físico y emocional que no garantiza el correcto afrontamiento del problema. A estas personas se les dificulta avanzar, soltar o sacudirse de los contratiempos y no suelen beneficiarse de la experiencia.

1.1.2.5. Compromiso vital.

Según Gil (2007), el compromiso vital se relaciona con “la actividad promotora de la salud” misma que se destaca por la utilización de recursos comunitarios y sociales, tomando en consideración la “capacidad personal para ofertar la posibilidad de que la gente asuma la responsabilidad de su propia salud”. (p.354)

Es decir, esta característica de la salud mental se refiere de manera directa con la interacción o interés de un grupo de personas o sociedad por mantener un nivel de salud estable y elevada en el que se puedan desenvolver con confianza apoyándose en los recursos existentes en el medio.

Tal como lo menciona García, Sáez y Escarbajal (2000) en el que se enfatiza:

El fomento del desarrollo personal y comunitario mediante la información, la educación para la salud y el incremento de las habilidades vitales debe permitir que se amplíen las opciones disponibles en el control de la propia salud y del resto de condiciones sociales que afectan a la comunidad” (p.82).

1.1.2.6. Resiliencia.

De acuerdo a lo expresado por Becoña (2006, pág. 125) la resiliencia es “la capacidad de resistir y superar una situación o circunstancia adversa o de dolor emocional o físico, recuperarse y desenvolverse”, otra conceptualización que emite el autor es que “La resiliencia es la capacidad de superar los eventos adversos, y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas (muerte de los padres, guerras, graves traumas, etc.)”. Está claro entonces que la resiliencia es la capacidad que puede desarrollar o aprender una persona para reestablecerse o levantarse tras experimentar etapas de vida devastadoras.

Por su parte Forés y Grané (2012, pág. 5), la define como una “metáfora de las posibilidades, es decir una persona que tiene resiliencia se considera proactiva y vive bajo un posibilismo vital”, por lo que se puede decir que es aquel interés de las personas por construir su futuro, tomando decisiones positivas que favorecen las percepciones de las situaciones diarias a resolver.

Muñoz (2015), indica que las personas que poseen este factor de motivación se caracterizan por:

- Saben aceptar la realidad tal y como es
- Tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido
- Tienen una inquebrantable capacidad para mejorar

Por otro lado dice que este tipo de individuos deben tener ciertas habilidades para ser consideradas dentro de esta capacidad de motivación, entre las más importantes se pueden mencionar:

- Analizan los problemas a los que se enfrentan, con el fin de identificar las causas que lo generaron y de esta manera evitarlos en el futuro.

- Al enfrentarse a cualquier tipo de contrariedad, son capaces de controlar sus emociones, lo que les permite actuar de la mejor manera para resolver sus problemas.
- Saben controlar sus impulsos y su conducta en situaciones de alta presión.
- Son altamente optimistas pero no llegan a tener pensamientos irreales o fantasiosos, es decir combinan sus pensamientos positivos con el realismo del caso.
- Tienen confianza en sus conocimientos y en sus capacidades para enfrentarse a situaciones problemáticas.
- Son capaces de buscar nuevas oportunidades, retos y relaciones para lograr más éxito y satisfacción en sus vidas.

1.1.2.7. Ansiedad y depresión

Según Espinoza, la ansiedad se puede definir como una

Respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. (Espinoza, 2004, pág. 2)

Esta conducta tiene origen en la asociación de conductas que él hace con los padres. Hay padres que utilizan a sus hijos como confidentes de sus problemas exponiéndolos a dificultades que rebasan sus posibilidades, perfeccionismo de los padres, demasiada permisividad o tolerancia de padres y maestros, no establecen los límites o referentes que necesitan los niños/as para actuar, castigos excesivos, programas educativos poco flexibles. (Espinoza, 2004)

Las personas que tienen esta alteración de la conducta, tienen una baja autoestima, son cohibidos y contraen miedos con mucha facilidad. Por otro lado se encuentra la depresión, que es considerado como una de las características que acompañan a la ansiedad, puesto que puede producir desesperación, tristeza entre otros sentimientos que ocasionarán el cambio en el apetito o en el sueño de quien lo padece, por lo que se requiere de atención psicológica que pueda proporcionar el alivio.

Según Kroenke (2007) existen varios tipos de trastornos depresivos, entre los que destacamos los que más importancia tienen para nuestro propósito:

- **Depresión severa:** La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general episodios menos severos ocurren varias veces de la vida.
- **Distimia:** Se trata de un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con Distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. (Kroenke , 2007, pp.317-325).

Los años de adolescencia debido a los cambios físicos, emocionales y hormonales se vuelve una etapa compleja para el ser humano, como menciona Rematal & Pablo (2012) “Los trastornos en el adolescente no constituyen una condición benigna (...) se trata de episodios severos con remisión parcial y sintomatología residual asociados a fracaso escolar, deterioro en el funcionamiento psicosocial, conducta suicida, pronóstico desfavorable y curso recurrente” (pág. 97). De aquí que es muy importante estar atentos al comportamiento adolescente, por lo general es común que en esta etapa de la vida se piense que todo es posible resolver y se nieguen los verdaderos sentimientos de depresión, o se oculten, existen factores de riesgo que ayudan a identificar la depresión en los adolescentes.

Tabla 1. Factores de riesgo de depresión en el adolescente

No.	FACTOR
1	Antecedentes familiares
2	Fracaso escolar
3	Adversidad psicosocial
4	Trauma
5	Abuso de sustancias
6	Conflictos familiares
7	Intento de suicidio
8	Otros trastornos psiquiátricos

Fuente: (Rematal & Pablo, 2012)

El diagnóstico o identificación de la depresión en el adolescente no es una tarea fácil ya que además “(...) la alexitimia, caracterizada básicamente por la dificultad para identificar y comunicar sentimientos, así como de distinguir los afectos de las sensaciones corporales, es muy frecuente en el adolescente proclive a la depresión,” (Rematal & Pablo, 2012, pág. 97). Se suma a esto la negativa mayoritariamente por parte de los varones de asistir a un centro especializado.

De acuerdo a la información recolectada en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca Oyervide & Alfredo (2010), para determinar los factores asociados a la depresión en adolescentes de colegios urbanos, se menciona que:

1. Los casos de depresión en este grupo poblacional están en aumento, según la Fundación de Intervención para Adolescentes y Jóvenes “FIAJ” radicada en la ciudad de Cuenca.
2. En un estudio cuasi experimental realizado en el año 2003 sobre depresión menor y rendimiento escolar en un colegio de la ciudad de Cuenca, mencionan haber encontrado una prevalencia de depresión menor, del 27% y 6% de depresión mayor entre adolescentes, en una población enclaustrada. Siendo mayor la frecuencia en mujeres que en hombres en las etapas inicial y media de la adolescencia. (Oyervide & Alfredo, 2010, págs. 51-52)

En el mismo estudio se menciona otro realizado en Guayaquil sobre depresión en adolescentes y desestructuración familiar se encontró que “Las patologías más frecuentes fueron encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22,9%)”. (Oyervide & Alfredo, 2010, pág. 51)

Se puede concluir entonces que la ansiedad y la depresión son afecciones que van de la mano y su incidencia en la etapa adolescente puede ser aun más alta pero debido a un rechazo al tratamiento especialmente por parte de los varones y una incapacidad para saber y expresar sentimientos en ambos sexos, puede llevar a tapar o a no poder identificar la existencia del problema, la investigación con los padres, el ámbito profesional, social y escolar son prioridad para detectar el estado anímico de los adolescentes. No existen muchos estudios respecto a las estadísticas de depresión y ansiedad en estos jóvenes en el Ecuador, pero los pocos estudios encontrados mencionan que los índices de depresión en adolescentes cada vez están en aumento.

1.1.2.8. Satisfacción vital.

Según Moyano y Ramos (2007), la satisfacción vital es definida como:

La valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta, entre los que se pueden mencionar familia, estudios, salud, amigos, tiempo libre; siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar personal. (p.14)

Entonces, la satisfacción vital se relaciona con la capacidad de adaptación que puedan tener las personas, por ejemplo no se trata de no tener problemas sino de ver el lado positivo de los mismos. Las dificultades de la vida diaria se pueden sobrellevar con una actitud positiva entendiendo que un problema puede ser resuelto de muchas maneras y pasar a la acción inmediata, un problema siempre deja un aprendizaje y reflexionar sobre el mismo ayuda al bienestar personal.

Del mismo modo la satisfacción vital, está relacionada con el entorno de las personas y el tipo de relaciones que puedan mantenerse, de aquí que las habilidades sociales entre otras, juegen un papel fundamental en el día a día.

Por otro lado Diener (1994) mencionado por Moyano y Ramos (2007, p.16) indica que la satisfacción puede estar relacionada con el bienestar de una persona que se encuentra en constante movimiento, es decir que trabaja y se mantiene activo, el mismo que mostrará un mayor grado de felicidad que quienes se mantienen cesantes. En este sentido los autores indican que los efectos que se causan en las personas cesantes se ocasionan por la presión que mantiene la sociedad sobre una persona que se muestra como fracasado.

Este factor determinante de la salud mental se puede caracterizar por ser específico para los diferentes sectores de la sociedad, de tal manera se puede hablar en que las mujeres con una edad promedio, muestran una mayor satisfacción en los temas relacionados con la educación, la compañía con la cuenta a su alrededor y lo cómoda que se puede sentir en el trabajo que desempeña diariamente, de igual manera se puede decir que los adolescentes asocian este aspecto con la felicidad, mismo que se encuentra relacionada a la motivación para realizar actividades que les lleve a conseguir el éxito en sus actividades cotidianas. (Moyano & Ramos, 2007, p.16)

La satisfacción vital entonces se relaciona con la salud física por cuanto le permite a las personas mantenerse activas y predispuestas al disfrute de sus actividades, en los adolescentes les estimula el ánimo por interesarse en sus labores.

1.2. Consumo de drogas.

Es preciso mencionar que se conoce como droga a “cualquier sustancia manufacturada o no en un laboratorio, de la cual se abusa y se emplea con la finalidad de drogarse” (Santana, 2004, p.35). Este concepto está relacionado con el uso y abuso de sustancias adictivas.

Ante este concepto vale la pena hacer alusión a lo dicho por Hipócrates y Galeno, citado por Santana (2004, p.36), quienes sostuvieron que “droga (psicoactiva o no) es una sustancia que en vez de ser vencida por el cuerpo, es capaz de vencerle, provocando (en dosis ridículamente pequeñas si se compara con las de otros alimentos) grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos”.

El ser humano ha recurrido al uso de estimulantes desde tiempos inmemoriales, ya sea con fines medicinales o con el propósito de excitar el ánimo de quienes participaban en reuniones, fiestas o rituales. Sin embargo, y a decir de Pablo Rossi, citado por Vega (2004), es fácil advertir que el uso de las drogas que se hacía en épocas antiguas tenía fines netamente medicinales. Algo que es totalmente diferente a la época actual, pues su uso es indiscriminado principalmente por parte de los jóvenes.

Según Santana (2004), es preciso distinguir y hacer una tipología de las drogas, de acuerdo a la forma que adquieren:

- Crudas o naturales, como el caso de la hoja de coca o marihuana.
- Procesadas o refinadas, entre las que se encuentran: la morfina, cocaína, el café y el azúcar (los dos últimos considerados como estimulantes).
- Semisintéticas, como el caso del crack, la heroína.
- Sintéticas, que son fabricadas totalmente en laboratorios como: Valium, Rohypnol y barbitúricos.

Otra clasificación está determinada por las precepciones que se tiene de ellas, como: drogas “buenas” o inocuas versus drogas “malas” o peligrosas. Las segundas son consideradas dañinas o nocivas con la posibilidad de crear dependencia.

Según Adalberto Santana (2004), generalmente las personas que consumen drogas peligrosas lo hacen para evadir de manera momentánea conflictos personales, familiares y sociales.

Con respecto al uso de drogas, existen diversos debates que incluyen perspectivas morales, políticas y sociales, en ciertos países se ha determinado por ejemplo, que drogas de uso popular como la marihuana y el hachís sean consideradas “blandas”, es decir esencialmente inofensivas, lo que se interpreta como un primer paso para su legalización. Paralelamente, existe la clasificación de las drogas consideradas “duras”, como el caso de la heroína o cocaína, lo que implica que el Estado y la sociedad establezcan límites para su uso e incluso su venta y consumo sean penalizados (Santana, 2004).

1.2.1. Consumo problemático de drogas.

En el Ecuador el consumo de drogas se inicia a los 12 años, “una conclusión de la encuesta del Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep), hecha el último año a 280 496 estudiantes de colegios privados, públicos y fisco-misionales del país, señaló que el consumo de drogas se realiza en los propios establecimientos educativos” (Programa Regional Derechos Fundamentales y Justicia, Región Andina, 2015). La droga que se consume mayormente es el alcohol, le sigue el tabaco y la marihuana.

Según Vega (2004), la problemática de las drogas está relacionada inversamente con las tareas educativas, en vista de que las drogas tienen el efecto de crear dependencia, cuando se abusa de su uso, y la educación como sistema “no pretende otro objetivo que conseguir la libertad, autonomía, el pleno desarrollo de los individuos, es decir, la independencia” (p. 17)

El uso de drogas puede limitar, retardar e incluso paralizar el desarrollo de las personas. Desde esta perspectiva el tratamiento de este problema, incluye el compromiso de todos los actores sociales, no únicamente de las instituciones escolares.

En la actualidad todos los países se están enfrentando ante un enemigo en común que es la droga, no solo porque ésta invade los espacios de las nuevas generaciones, sino también porque se ha convertido en una forma de hacer dinero, lo que resulta muy atractivo para los jóvenes.

Yubero (2004) establece cinco campos de determinantes para el consumo y abuso de drogas, relacionado con el cambio del conocimiento, actitud y comportamiento. A continuación se presenta en síntesis sus hallazgos:

Tabla 2. Cinco campos determinantes para el consumo y abuso de drogas, relacionados con las representaciones sociales.

MEDIO SOCIAL	LAZOS SOCIALES	APRENDIZAJE SOCIAL	CAMBIO DEL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y COMPORTAMIENTO	INTRAPSÍQUICA
Desorganización social, Socialización inadecuada, Disfunción del rol	Familia, Compañeros, Escuela	Observación, Oportunidad, Normas sociales y Refuerzo	Conocimiento, Valores, Creencias, Actitudes, Intenciones, Intentos	Habilidades, Eficacia, Autoestima, Desasosiego

Fuente: Yubero (2004)

De acuerdo a la tabla 2, se puede ver que el tema drogas abarca todo un ámbito psicosocial de los individuos, algo que para temas de prevención presenta una oportunidad porque existen varias aristas por donde se puede llegar a concientizar, principalmente en adolescentes que como ya se ha visto son un grupo de riesgo por la etapa de cambios a la que están expuestos.

1.2.2. Consumo problemático de alcohol.

Según Bolet (2000), el consumo de alcohol también denominado alcoholismo “Es una enfermedad crónica, progresiva y fatal caracterizada por tolerancia y dependencia física, o cambios orgánicos patológicos, o ambos; todo consecuencia directa o indirecta del alcohol ingerido” (p.3)

Una persona que es consumidora constante de alcohol al que en adelante se le denominará alcohólico se encuentra definido por las siguientes características:

- Experimenta cambios físicos y emocionales, los mismos que empeoran si el consumo es más elevado o constante.
- Debido al consumo aparente de bebidas alcohólicas con mayor frecuencia en cuerpo proporciona mayor tolerancia, por lo que la sensación de emborrachamiento se presenta cada vez con mayor cantidad de sustancia ingerida.
- La persona desarrolla una dependencia a este tipo de bebidas, llega a sentir que no puede vivir sin ella.

- Este individuo sabe el momento en el que empieza su rutina de consumo, pero no está consiente de cuándo o a qué hora va a terminar de hacerlo.

El consumo constante de alcohol tiene varios problemas sociales que “desembocan muchas veces en suicidios, violencia familiar, accidentes de tránsito, entre otras, mismos que no solo se presentan en el enfermo sino en las personas que los rodean, puesto que se ve afectada en su gran mayoría”. (Bolet, 2000, pág. 4)

Entre los problemas sociales que provoca esta enfermedad se da en que se transfiere de generación, es decir si un papá es consumidor es muy probable que su hijo en su etapa adolescente lo haga, esto debido a la curiosidad, descuido o motivación de las personas que le rodean mostrándolo como algo positivo o como requisito para pertenecer a un determinado círculo. (Motilva & Viscay, 2003)

1.2.3. Causas del consumo de drogas.

Yubero (2004) afirma que el problema del inicio, continuación y abuso de drogas está relacionado con factores de riesgo en los que se incluyen principios psicológicos, sociales y biológicos que se relacionan con el surgimiento de un problema de salud.

El principio de factor de riesgo, en el caso del consumo de drogas, puede servir para proteger de forma temprana el uso y abuso de las drogas. Jones y Battjes (1985) citado por Yubero (2004) menciona que “los estudios de investigación etiológica apoyan la idea de que varias vías pueden conducir al uso y abuso de drogas y que no existe una sola razón simple por la cual los jóvenes son vulnerables al uso y abuso de estas sustancias” (p.108).

Yubero (2004), menciona que existen factores de riesgo derivados del propio sistema familiar que pueden colaborar en el consumo desmedido de drogas en la etapa de adolescencia, sin embargo, también se encuentran inmersos aquellos que tienen relación con lo individual, grupal y comunitario.

A criterio de Yubero (2004) dentro de los factores de riesgo individual se incluyen: el uso prematuro de drogas; un temperamento no convencional; una red social impropia; una conducta desviada; el uso de drogas por parte de personas que se consideran como modelos, entre los que se pueden mencionar a los padres, hermanos y otros adultos

notables; la búsqueda de nuevas sensaciones; ciertos factores de personalidad que muestran signos de violencia o agresividad; una falta de religiosidad; un rendimiento académico deficiente; alteraciones psicológicas o depresión, baja autoestima. A estos factores se pueden “sumar el hecho de la rebeldía, en el que los jóvenes pretenden ir contra las reglas porque el uso de drogas es rechazado por la sociedad” (p.110).

Continuando con el autor, “dentro de los factores familiares se hallan: la presencia de una historia de alcoholismo, el comportamiento antisocial o el uso de drogas por parte de algún integrante de la familia, que se consideran influencias familiares poco efectivas; y la falta de un ambiente cálido entre padres e hijos”. (Yubero, 2004, p. 110)

Por otro lado, los factores relacionados con los grupos o pares involucran el uso de drogas por parte de los integrantes; la interacción social que ejerce presión sobre los individuos. Los factores comunitarios encierran la fácil disponibilidad de drogas y alcohol, el cumplimiento de las leyes; el estrés social; la pobreza; la carencia de apoyos sociales y la falta de trabajo. (Yubero, 2004)

Los estudios realizados por la ONU (2002), indican que la prevención primaria, centrada en debilitar las influencias sociales del consumo de drogas, ha dado resultados positivos en el retraso significativo del inicio en el consumo de sustancias entre los jóvenes. De igual forma, existen indicadores que muestran que el ambiente social y familiar está relacionado con los valores, actitudes y comportamientos que los jóvenes tienen respecto al consumo e intento de consumo de drogas.

Según el Informe Mundial sobre drogas (2014) de las Naciones Unidas, indica que en todo el mundo existen aproximadamente 20,5 millones de adictos a la cocaína, de los cuales el 5,6 millones viven en Estados Unidos; 4,7 millones en Europa; 4,4 millones en África; 2,4 millones en Sudamérica y 2,3 millones en Asia. (p. 39)

El Observatorio Nacional de Drogas (2014) en la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes ecuatorianos de 12 a 17 años de edad, implementó un análisis de categorización de los usos de drogas como eje de estudio, el mismo que contempló:

1. El tiempo de uso de una droga
2. La frecuencia del uso

3. Cantidad de droga utilizada

La ONU (2002) a través de la Oficina de las Naciones Unidas de fiscalización de drogas y de prevención del delito (ODCCP), señala que dentro de los factores de riesgo, se hallan los factores personales y ambientales que involucran:

- **Factores de riesgo personales**

- Ser hombre o mujer: Los estudios hechos por la ONU (2002) señalan que “en el mundo existen más hombres que mujeres que consumen drogas, no obstante, existen datos que afirman que las mujeres consumen con mayor frecuencia drogas recetadas u otras sustancias socialmente aceptadas” (p.17).
- El propio hecho de ser joven constituye un factor de riesgo, en vista de que los jóvenes batallan continuamente por establecer sus identidades y responder a preguntas que les permitan saber quiénes son, cuál es su función en la sociedad, que desean hacer de su vida. Están en un periodo de vida que los hace más vulnerables, por los cambios que están experimentando tanto en la parte física como emocional. Cambios que particularmente afecta su autoestima o son víctimas de depresión, lo que les puede llevar a tratar de “olvidarse del mundo” o “ahogar las penas” a través del consumo indebido de estimulantes. (Oficina de las Naciones Unidas de fiscalización de drogas y de prevención del delito, 2002, p.18)
- Los jóvenes con problemas psiquiátricos tienen mayor probabilidad de empezar a usar drogas (Oficina de las Naciones Unidas de fiscalización de drogas y de prevención del delito, 2002).
- Las facultades personales no desarrolladas o subdesarrolladas, como la incapacidad para tomar decisiones, para expresarse, para imponer su opinión o resolver problemas, también ubica a las personas en mayor riesgo de caer en el mundo de las drogas (Oficina de las Naciones Unidas de fiscalización de drogas y de prevención del delito, 2002).

Factores de riesgo ambientales

La Organización de las Naciones Unidas a través de la Office for Drug Control and Crime Prevention O.D.C.C.P. (2002, p.17) señala que, dentro de los factores de riesgo ambientales se pueden mencionar:

- Jóvenes que tienen padres que no saben cómo cuidarlos emocional y físicamente o no tienen el conocimiento de cómo brindarles apoyo y orientación apropiados.
- Jóvenes que carecen de un núcleo familiar.
- Jóvenes que tienen padres o hermanos que hacen uso indebido de drogas de cualquier tipo (involucra cigarrillo y alcohol).
- Jóvenes que son sujetos de abuso mental, físico, verbal o sexual .
- Jóvenes que frecuentan grupos de personas que hacen uso indebido de drogas.
- Jóvenes que pertenezcan a grupos sociales en los que los valores culturales alienten el uso indebido de sustancias, o los medios de información y de publicidad y las actitudes de la sociedad perdonen el uso indebido de sustancias adictivas.
- Jóvenes que viven en la calle, solos o con su familia.
- Jóvenes que no tienen acceso a la educación.
- Jóvenes que no cuentan con un tiempo libre estructurado y no tienen la posibilidad de participar en actividades constructivas, imaginativas o que constituyan un desafío.
- Jóvenes desempleados o que no tienen esperanza de tener un trabajo satisfactorio.
- Jóvenes que no disponen de atención médica.
- Jóvenes que viven en sociedades en las cuales no existen leyes claras sobre la venta y consumo de estupefacientes y si las hay, no se cumplen.
- Jóvenes que viven en sociedades en las cuales existe una amplia disponibilidad de adquirir las sustancias.

1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas.

Según Berger (2009) “el mismo impulso que se admira cuando se actúa al límite puede llevar también a conductas que son claramente destructivas, no solo para los individuos,

sino también para la comunidad” (p.21). El consumo y adicción a diferentes drogas son conductas que destruyen sobre todo a los jóvenes.

El consumo y adicción involucra una diversidad de drogas, entre ellas las que se consideran legales como el caso del cigarrillo y el alcohol, y aquellas que son ilegales como la cocaína, marihuana, la heroína, entre otras.

Para el autor, los individuos recurren a las drogas para sentir un placer momentáneo que incluye el aspecto físico, cognitivo y psicosocial. El abuso incluye el uso de drogas legales, incluso por una sola vez, no obstante, el abuso está relacionado con la utilización frecuente o dosis altas de sustancias adictivas, “el consumo de drogas puede llevar eventualmente a la drogadicción, una condición de dependencia en la cual la ausencia de una droga causa un ansía de consumirla para satisfacer la necesidad (...) los síntomas de abstinencia son los signos reveladores de adicción” (Berger, 2009, p. 22).

Añaños (2005) señala que el consumo de drogas se detecta en mayor proporción en jóvenes que en adultos y se halla una declinación en su uso que se atribuye a la maduración y el matrimonio. El consumo de drogas implica distintos riesgos. En un inicio, la emoción y los beneficios que prometen las sustancias pesan más que los peligros:

Los jóvenes no se percatan al cruzar la línea existente entre el uso y el abuso, justifican la utilización de drogas por el alivio momentáneo que les brinda y todavía no han visto a sus padres con las secuelas del uso de drogas o directamente adictos. (Berger, 2009, p.23).

La Organización de las Naciones Unidas ONU (2014) señala que el abuso de drogas trae consigo posibles discapacidades en la vejez. Además señala que los jóvenes que usan drogas en el colegio tienen menos posibilidades de entrar a la universidad o de graduarse de ella, hallar un trabajo que les brinde estabilidad e incluso mantener una relación amorosa estable. Estos jóvenes tienen mayores probabilidades de enfermarse y morir (p.42).

Los jóvenes son propensos a subvaluar las consecuencias retrasadas o tardías de los usos y abusos de las drogas (Berger, 2009, p.22). Por su parte la ONU (2014) establece que el uso adictivo de las diferentes drogas puede causar daños irreversibles en la salud de los individuos, así:

- El uso regular del cannabis puede provocar dependencia psicológica y producir dificultades en la capacidad para coordinar las acciones, y al contener mayor cantidad de nicotina que el cigarrillo común, su uso diario acrecienta el riesgo de carcinoma pulmonar y bronquitis crónica (ONU, 2014).
- Las dosis excesivas de cocaína pueden dar lugar a convulsiones, ataques de epilepsia, ataques de apoplejía, hemorragias cerebrales o infartos. Los efectos a largo plazo de la cocaína y el crack producen una dependencia psicológica fuerte y otros problemas de salud, como la destrucción de los tejidos nasales, problemas respiratorios y pérdida de peso (ONU, 2014).
- Una sobredosis de heroína puede causar la muerte. Además, uno de los efectos más peligrosos de la inyección de heroína es la de aumentar la posibilidad de contraer el SIDA. Muchas veces, las personas que se inyectan heroína utilizan las agujas de otros y esta es la principal fuente de infección (ONU, 2014).
- El uso prolongado de éxtasis puede causar daño en el cerebro y el hígado (ONU, 2014).

A estos efectos deben sumarse los daños psicológicos que pueden provocar en las familiares de los consumidores, así como, el impacto negativo en la sociedad.

A criterio de Cuello, Maldonado y Rovira (2010) las drogas no únicamente perjudican a quien la consume. “A su alrededor muchas personas padecen sus consecuencias”. Las drogas obstruyen las relaciones con el entorno, la familia y el trabajo, además el abuso de las drogas aumenta el riesgo de sufrir accidentes de todo tipo. Las drogas favorecen las conductas agresivas, provocan accidentes, tienen un alto coste laboral y sanitario, y provocan problemas con la justicia. “Además, de las consecuencias individuales, es toda la sociedad (en mayor o menor medida) la que sufre los problemas de las drogas. Y estos problemas son de todo orden: sanitario, económico, cultural, de inseguridad, entre otros” (pp. 13-14)

Por todas estas razones, es que la problemática de la droga es considerada una prioridad en las políticas de estado de todos los países, es un tema que requiere un tratamiento previo y la implantación de medidas que reduzcan la producción, distribución y consumo de sustancias adictivas.

1.3. Adolescentes.

1.3.1. Desarrollo biológico.

Según Ruiz (2005), la adolescencia se define como “un proceso de transición entre la infancia y la edad adulta”. Lo que indica que es una etapa de cambio, crecimiento y desequilibrio, que bien puede funcionar como un puente entre un punto relativamente estable en la vida del sujeto y otro relativamente estable, pero distinto. (p.41)

Por su parte Ballano y Esteban (2006) indica que la pubertad o pre adolescencia, es conocida como el período de aproximadamente dos años que antecede a la pubertad, en él existe una aceleración de ritmo del crecimiento físico, con cambios corporales importantes en ambos sexos.

Existen diferentes opiniones para establecer la edad de la pre adolescencia, ya que las diferencias individuales y grupales resultan importantes, no obstante, por lo general se conoce entre los 12-13 años en las mujeres y entre los 12-14 en los hombres. (Ballano & Esteban, 2006, p. 234)

Es necesario resaltar que los cambios biológicos son diferentes en cada sexo, apareciendo de forma más temprana en las mujeres. Como inicio de la pubertad se presenta la primera menstruación en las chicas y la primera eyaculación con presencia de espermatozoide en los varones, pero de manera general se puede ver que “existen importantes transformaciones respecto al crecimiento en altura y a la estructura del cuerpo. El cuerpo infantil se va convirtiendo en un cuerpo de adulto, sexuado”. (Ballano & Esteban, 2006, p. 234)

Los cambios más importantes en la vida de las personas se presentan durante el período de la adolescencia, son importantes pues marcan aspectos fundamentales que se mantendrán a lo largo de la existencia de los individuos a nivel físico, biológico y psicológico. El inicio de la vida adolescente difiere en hombres y mujeres así como también las características propias de cada género.

1.3.2. Desarrollo social.

Vargas (2002), "la adolescencia representa la transición de la inmadurez física, psicológica, social y sexual de la infancia, a la madurez de la vida adulta en estas mismas dimensiones del desarrollo". Esta evolución se origina en los cambios hormonales propios de la pubertad e interactúan con diferentes factores individuales, familiares y sociales para proveer éxito o fracaso de las tareas de desarrollo propias de esta etapa. En esta etapa de la vida, generalmente se espera que los individuos efectúen ciertas tareas de desarrollo específicas, que bien pueden diferir de una cultura a otra y de acuerdo al momento histórico particular en el que viven.

Sin embargo, cada vez es más frecuente encontrar que la mayor parte de estas expectativas son aceptadas por un creciente número de sociedades. Estas tareas se relacionan con los conocimientos, emociones y comportamientos que se espera que las personas adquieran o desarrollen durante la adolescencia. Estas tareas exigen constituir nuevas y más maduras relaciones sociales con personas de la misma edad y de ambos sexos fuera de la familia, y consolidar un sentido sano de la sexualidad. (Vargas, 2002, p.116).

Un fracaso en la niñez en el intento de ser parte de un grupo de compañeros puede provocar un problema grave para el adolescente. La importancia de esta aceptación va en aumento a lo largo de toda la adolescencia, se sabe que el equilibrio adecuado en las relaciones con los pares durante la preadolescencia forman buenas relaciones en la adolescencia y post adolescencia. Un comportamiento imitativo a sus mayores es común en los preadolescentes y los adolescentes.

En los inicios de la adolescencia es singular la creación de grupos de amigos o pares, quienes ejercen un papel importante en la satisfacción de algunas exigencias de los adolescentes.

La problemática de la aceptación social, de pertenecer a un grupo, y conquistar es parte de la realidad de los adolescentes y su principal preocupación. Cuando no se sienten aprobados o comprendidos por sus padres o maestros se dirigen a sus amigos en busca de ayuda y simpatía, de ahí la importancia de las relaciones sociales en esta etapa de la vida. Así mismo, la madurez de los impulsos sexuales está acompañada por un cambio de ideas

entre los miembros del sexo opuesto, siendo otro de los problemas más importantes del desarrollo adolescente, la total identificación con el género masculino o femenino.

1.3.3. Desarrollo psicológico.

La adolescencia es un proceso, no un cambio o situación, en el cual los cambios son rápidos y se producen a todos los niveles: físico, psicológico y social. En lo que se refiere al desarrollo psicológico Ballano y Esteban (2006) diferencian las características que se encuentran en adolescentes entre 13 a los 18 años aproximadamente, en los cuales se puede ver que:

- **Cambios corporales y su repercusión psicológica:** Incluye importantes cambios físicos, dentro de los que se incluye la maduración sexual y de los órganos reproductores. “Estos cambios físicos van acompañados de cambios psicológicos, que van ligados a la reelaboración del esquema corporal y a las actitudes del propio cuerpo, es decir, la imagen del propio cuerpo forma parte del concepto psicológico que cada individuo tiene sobre sí mismo” (Ballano & Esteban, 2006, p.235).

El adolescente pierde el cuerpo infantil, que se convierte en adulto, este cambio provoca diferentes ansiedades, aparecen los complejos típicos de la edad como: demasiado alto o bajo, gordo o delgado, muy grande o muy pequeña la nariz, las orejas, los pies, entre otros.

- **La sexualidad:** Dentro de este proceso, además de los cambios corporales, existen aquellos que tienen que ver con el cambio de intereses y actitudes, que están ligados a las relaciones interpersonales. El proceso es el siguiente: primero en la niñez, las amistades se establecen usualmente con personas del mismo sexo; con el paso del tiempo, empieza el interés por el otro género, aparecen los primeros enamoramientos y los sentimientos platónicos; después, existen las relaciones personales con grupos de amigos y amigas; y por último, se produce la primera elección de la pareja.

En la adolescencia “se consolida la identidad sexual (masculino o femenino). La orientación sexual se define (homosexual o heterosexual)”. Se intensifican las fantasías sexuales, las excitaciones de esta naturaleza, que generalmente, en un inicio genera en el individuo sentimientos de incertidumbre e inquietud. Y suelen comenzar diferentes formas de actividad sexual. (Ballano & Esteban, 2006, p.235)

- **La identidad personal:** En esta etapa de la vida, se produce una crisis de identidad, debido al profundo cambio al que se ven expuestos los adolescentes. Existe cambio de actitudes, valores, creencias, intereses. En ocasiones se comporta como adulto y otras como niño. Los cambios en este aspecto, van ligados a la actitud crítica, rebelde, especialmente hacia los padres y posteriormente hacia la sociedad. Los adolescentes buscan ser originales, actitud que se refleja en la forma de hablar, vestir, escribir, entre otros. (Ballano & Esteban, 2006, p.235)

- **La relación con los padres:** En su proceso de determinación, va a cambiar la forma en que el adolescente se relaciona con sus padres. “Este cambio supone una pérdida del tipo de relación infantil con ellos, que es generalmente de dependencia y apoyo, siendo vistos hasta entonces como capaces de poderlo y saberlo todo”. Los adolescentes pueden adoptar una actitud hipercrítica hacia los padres. Esta etapa es el paso a la autonomía personal. (Ballano & Esteban, 2006, p.236)

- **Relación con los iguales:** “La relación con los amigos, cobran un valor especial. Los adolescentes buscan el apoyo y comprensión de las personas que son como él (dentro de su misma edad). Para los adolescentes, formar parte de un grupo y ser aceptado es algo de valor”. (Ballano & Esteban, 2006, p.236)

- **Cambios en el funcionamiento intelectual:** Sus procesos de pensamiento sufren una transformación, madurando y pasando de lo concreto a lo abstracto. “Permite acceder a estudios y desarrollos profesionales que requieran cada vez una mayor complejidad de los procesos de pensamiento”. (Ballano & Esteban, 2006, p. 236)

- **Cambios en el estado de ánimo:** El adolescente puede pasar de momentos de exaltación y alegría, en los que todo le parece maravilloso, a otros de apatía y tristeza, en los que se refugia en sus propios sueños. Puede presentar contradicciones entre lo que piensa y hace.

Alrededor de los 18 y 20 años, el comportamiento se vuelve más estable y los cambios en el estado anímico son menos bruscos. Sucesivamente se adquieren creencias y valores propios y con esto una mayor independencia de la familia.

**CAPÍTULO 2:
METODOLOGÍA**

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo general.

El principal objetivo de la presente investigación, es analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental de los estudiantes del primer y segundo año de bachillerato de una institución particular mixta ubicada en el sector de Tumbaco.

2.1.2. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Selección de las variables psicosociales consideradas predictoras de la salud mental
- Selección de las variables psicosociales consideradas predictoras del consumo problemático de sustancias.
- Elaboración del informe de resultados que será entregado a la institución investigada.

2.1.3. Preguntas de investigación.

Se ha establecido las siguientes preguntas claves para nuestra 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.

El presente trabajo de titulación fue diseñado para cumplir los propósitos de la investigación cualitativa, descriptiva o estadística, en función de los principales objetivos definidos en este estudio, nos interesa observar y conocer la situación que están viviendo los estudiantes en el momento actual, además de determinar las variables que influyen predominantemente en

su salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes mediante la identificación y análisis de las variables investigadas como fueron: variables de estrés, variables mediadoras y variables de salud, y finalmente, la observación y el conocimiento de las condiciones que influyen predominantemente a través de la descripción exacta de la situación de los adolescentes.

La investigación fue de tipo no experimental-transversal, ya que no se han manipulado ni se han sometido a prueba las variables investigadas.

- No experimental, porque nos hemos limitado a la observación mediante la encuesta para investigar la influencia que ejercen las variables de estrés, mediadoras y de salud en los estudiantes, sin haber influido sobre estas variables ni sobre sus efectos.
- Transversal, porque fue realizado en estudiantes en un período de edad comprendido entre los 14 y 17 años.

2.3. Contexto.

La investigación actual ha sido desarrollada en los estudiantes del 1er. y 2do. año de bachillerato de una entidad educativa particular mixta, ubicada en la región sierra, situada en la Parroquia de Tumbaco, su ámbito de servicio es a la población de las parroquias de Tumbaco y Cumbayá. Presta sus servicios a los barrios: San Blas, Santa Rosa, La Esperanza, El Arena, Churo loma, La Morita, Chibiquí, Rumihayco, Collaquí, La Comuna, Tola Grande, Tola Chica, La Dolorosa, Leopoldo Chávez, La Primavera, Real Alto, Los Guabos, Jacarandá, El Limonar, San Juan de Cumbayá, entre otros. El valle de Tumbaco se encuentra a 23 km de distancia de la ciudad de Quito. Nuestros investigados fueron adolescentes entre los 14 y 17 años de edad que pertenecen a un grupo humano de nivel cultural y socio-económico medio, cuyos objetivos son: 1) Ingresar a las universidades; 2) Son emprendedores que tienen negocios propios, y necesitan herramientas formativas que les permita desarrollar la creatividad y conocimientos básicos para impulsar sus negocios.

Actualmente en el sector existen 571 instituciones entre fiscales y particulares, con una población estudiantil de aproximadamente 10 mil estudiantes, que se incrementa cada año, ya que es un sector en crecimiento, razón por lo que es necesario mantener propuestas educativas que cubran las exigencias de éste sector. Actualmente el valle de Tumbaco se ha convertido en una zona de acelerado crecimiento tanto poblacional como comercial, la

parroquia tiene 50.000 habitantes según censo del 2010 y existe una demanda de Centros Educativos, que cubran con las expectativas educativas en la zona.

2.4. Población.

La población objeto de estudio han sido jóvenes estudiantes de un colegio particular mixto que cuenta únicamente con sección diurna.

Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

- Adolescentes entre los 14 y 17 años.
- Los centros educativos mixtos (fiscal, fiscomisional y particular)
- Estudiantes matriculados en primer y segundo año de bachillerato.
- Centro educativo sección diurna
- Centro educativo sector urbano

Los criterios de exclusión han sido los siguientes:

- Que los padres de familia o representante legal de los estudiantes no acepten firmar el consentimiento informado que le has sido entregado.
- Que los estudiantes no acepten firmar el asentimiento informado.
- Que el adolescente tenga 18 años o más.
- Que los centros educativos sean de educación especial.

La muestra para nuestra investigación ha sido obtenida mediante el muestreo casual accidental no experimental, que es un estudio de tipo no probabilístico, la muestra ha sido seleccionada de forma directa e intencional y ha dependido la conveniencia y recursos de accesibilidad personales.

A continuación se detalla en la siguiente tabla los datos que corresponden a nuestra muestra obtenida:

Tabla 3. **Muestra**

PRIMER AÑO DE BACHILLERATO	SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	GÉNERO MASCULINO	GÉNERO FEMENINO
11	15	0	5	12	9	13	13

Elaborado por: La Autora

Como se aprecia en la tabla 3 la muestra poblacional sumó un total de 26 estudiantes distribuidos en: 11 estudiantes de 1ero. y 15 estudiantes de 2do. año de bachillerato, de ellos 13 son mujeres y 13 son varones. Los alumnos tienen una edad comprendida entre los 14 y 17 años y pertenecen a la sección diurna, jornada única de labores del colegio.

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.

La presente investigación es principalmente de tipo cuantitativo, pues no se manipularon variables sino que se midieron características específicas que posteriormente fueron descritas, además, se llevó a cabo como una investigación estadística descriptiva o análisis exploratorio de datos (lo que puede catalogarse como un estudio descriptivo puro), que ayudaron a presentar los datos de manera que resaltó su estructura, se organizaron los datos en gráficos que permitieron identificar características sobresalientes como inesperadas, es de diseño transversal debido a que se centró en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo (14 a 17 años).

2.5.1. Métodos.

Los métodos estadísticos apoyan el trabajo científico para tener claros los propósitos de la investigación y ayudan a la determinación del camino o caminos a seguir para alcanzarlo, en palabras de, Munch & Ángeles (2011) tenemos que, “El método es un medio para alcanzar un objetivo; el método científico es un conjunto de reglas para obtener con mayor facilidad el conocimiento científico” (pág. 14). El presente trabajo utilizó los siguientes métodos de investigación:

- ***El método descriptivo***

Ha sido seleccionado porque permitió dar una descripción, explicación y análisis de las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes mediante la presentación cuantitativa de los datos y elaboración de gráficos para su visualización. Algunas características del método descriptivo según Acero (2012) son las siguientes:

- Perteneciente a los métodos cualitativos
- El objeto de la investigación descriptiva consiste en evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo. En esta investigación se analizan los datos reunidos para descubrir así, cuales variables están relacionadas entre sí.
- La Investigación Descriptiva, describe una situación, fenómeno, proceso o hecho social para formular, en base a esto, hipótesis precisas. (p.4)

- ***El método estadístico***

Facilitó y simplificó el proceso de organización de la información obtenida de la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes El manejo de datos en el método estadístico,“(...) tiene por propósito la comprobación, de una parte de la realidad, de una o varias consecuencias verificables deducidas de la hipótesis general de la investigación” (Reynaga, 2015, p.1). El procesamiento de datos, tabulación y análisis de resultados se realizó en un computador HP 2000, mediante la base de datos Excel de Office 2000 de Microsoft.

2.5.2. Técnicas.

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta, que fue basada en una entrevista personal colectiva a través de cuestionarios mediante preguntas cerradas, que formaron una batería compuesta por 10 instrumentos psicológicos, la que permitió recolectar información relacionada con la problemática objeto de estudio, detallamos a continuación cada uno de los instrumentos aplicados:

- ***Cuestionario de variables psicosociales***

El cuestionario de variables psicosociales evalúa el sexo, edad, ocupación, lugar de residencia entre otros y tuvo por objeto la evaluación de datos sociodemográficos y de salud de los estudiantes, estas variables fueron las siguientes:

Tabla 4. 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 salud.
Ítems	<p style="text-align: center;">Variables Psicosociales</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 dónde vive 10. ¿Quiénes viven con usted? <p style="text-align: center;">Variables de Salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 cinco 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, Kiruma, Taylor & Henry, 1972.

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 17)

- Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14)

La Escala de Estrés Percibido (PSS) por sus siglas en inglés, fue publicado en el año de 1983, ha sido desarrollada para medir el grado en que las personas aprecian las situaciones en el transcurso de su vida. El PSS, en la actualidad es uno de los instrumentos psicológicos de mayor uso para medir la percepción de estrés.

Ha sido utilizado en los estudios de evaluación del grado de estrés en las diferentes situaciones de la vida, la efectividad de las intervenciones para reducir el estrés, y el grado en que existen asociaciones entre el estrés psicológico y los trastornos psiquiátricos y físicos. El PSS permite predecir un mayor riesgo de enfermedad entre quienes obtengan mayores puntuaciones de estrés percibido.

Tabla 5. Ficha Técnica de PSS-14

Perceived Stress Scale (PSS-14)	
Variables que evalúa:	Percepción de 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 Carrobes, 2001; Remor, 2006

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 18)

- Cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short

La Escala de soledad UCLA, evalúa la sensación subjetiva de soledad, y plantea al aislamiento social tanto subjetivo como objetivo, considerando que los aspectos cuantitativos como cualitativos de las relaciones sociales son diferentes. No se puede decir que estar solo y sentirse solo son sinónimos, la sensación o sentimiento de soledad incluye otros sentimientos o sensaciones propios de cada sujeto en los que juega un papel fundamental el autoestima, la ansiedad, el estado de ánimo, la timidez, etc. Además de estos deben existir sentimientos de desconexión y de no pertenencia y una discrepancia entre la propia realidad de la persona y la deseada en cuanto a la experiencia social.

Tabla 6 Ficha Técnica del UCLA

UCLA Loneliness Scale Revised-Short	
Variables que evalúa:	Sensación subjetiva de soledad
Descripción	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.
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 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 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? 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 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 puedes hablar? 20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay personas con las que puedes contar?
Referencias	Russel, Peplau & Cutrona, 1980 con adaptación española de Morejon y García-Boveda, 1994.

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 21)

- ***Type A Behavior Scale (personalidad tipo A)***

El Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) “es un constructo teórico que sirve para nombrar un grupo de respuestas conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales que se pueden presentar principalmente en situaciones retadoras (Berrío & Mazo, 2011). De acuerdo con Villalobos y otros se trata de un patrón comportamental que incluye:

Componentes verbales como voz alta y rápida, gran actividad psicomotora, tensión de músculos faciales y gesticulación extrema; 2. Actitudes y emociones como hostilidad, impaciencia, ira, y agresividad; 3. Motivaciones de logro, competitividad, orientación al éxito, y ambición desproporcionada 4. Conductas como urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad y sobreinvolucramiento laboral. (Villalobos, Echeverría, León-Sanabria, Brenes-Sáenz, & Quirós-Morales, pág. 36)

Las personas con un patrón de conducta tipo A son más vulnerables a desarrollar altos niveles de estrés (Barris, 2011), por lo que la impaciencia y la hostilidad se hacen presentes afectando las relaciones sociales. La forma de desarrollar las actividades en estas personas llega a la exageración y se mantienen activos de forma permanente, por lo general son personas dominantes y autoritarias. A estas personas se les dificulta expresar sus sentimientos y emociones lo que conlleva a enfermedades cardiovasculares.

Tabla 7. 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. ¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral/escolar? 8. ¿Alguna vez 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 algo o a alguien?

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 20)

- **Cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)**

La inflexibilidad psicológica está relacionada con la calidad de vida y un amplio rango de trastornos psicológicos, mediante este constructo se puede identificar pensamientos y sentimientos ansiógenos que pueden conllevar al consumo de sustancias.

Tabla 8. Ficha Técnica del AAQ-7

Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	
Variabes 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.
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría. 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:	Ruíz, Langer, Luciano, Cangas & Beltrán, 2013.

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 20)

- **Cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS)**

De acuerdo a González y otros “La resiliencia es el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que posibilitan superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva” (2009, pág. 248), los autores antes citados, mencionan además lo dicho por Henderson y Milstein al referirse que “la resiliencia puede ser entendida como una estrategia para la recuperación de la homeostasis; sin embargo, desde una perspectiva biopsicosociocultural se propone que el ser resiliente permite al individuo alcanzar el equilibrio que da como resultado un estado de tranquilidad” (González, López, & Valdez, 2009, pág. 248)

Tabla 9. 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 o situaciones adversas.
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 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 mí 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)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 23)

- ***Cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).***

Al referirse al cuestionario de consumo problemático de alcohol, Alexis y Arévalo mencionan que:

El test AUDIT ha mostrado su utilidad en atención primaria para identificar los trastornos relacionados con el alcohol, este instrumento consta de diez ítems que exploran tres dimensiones: el consumo riesgoso de alcohol, síntomas de dependencia al alcohol y el consumo perjudicial de alcohol. El AUDIT mostró excelente desempeño psicométrico en diferentes contextos y poblaciones. Siempre se informa el alfa de Cronbach y éste se encuentra entre 0,75 y 0,94. No obstante, el alfa de Cronbach tiene algunas limitaciones. Es necesario tener presente que el cálculo del alfa de Cronbach parte de dos supuestos importantes. El primero es que evalúa las correlaciones entre ítems de una escala unidimensional y, el segundo, que los ítems muestran coeficientes similares en un análisis de factores (principio de tau equivalencia). (Alix & Arévalo, 2014)

A continuación el test AUDIT aplicado a los estudiantes de bachillerato:

Tabla 10. 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 se esperaba de usted porque había bebido? 6. En el último año, ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para guantar 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 el consumo?
Referencias:	Kriston, Holzel, Weiser, 2008; Babor, Higgins-Biddle & Monteiro, 2001.

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 24)

- ***Cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).***

La prueba de detección ASSIST evalúa el nivel de riesgo asociado al uso de drogas a partir de 11 ítems que exploran seis áreas: uso de sustancias a lo largo de la vida, uso de sustancias durante los últimos tres meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo actual de presentar problemas en el futuro, posibilidad de dependencia y uso de drogas por vía intravenosa. La descripción de cada ítem y la fórmula del cálculo de los puntajes se detallan en el manual de aplicación de la Organización Mundial de la Salud OMS (2010).

Tabla 11. Ficha Técnica del ASSIST

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	
Variables que evalúa:	Consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros.
Descripción:	Evalúa el consumo de sustancias en los últimos tres meses.
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 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, alprazolán, clonazepan, etc.)? 9. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, Ketamina, etc.)? 10. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)? 11. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas?

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 25)

- Cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9).

EL PHQ-9 corresponde a la sección de depresión del PHQ, consta de 2 partes: la primera ayuda a establecer el diagnóstico y evalúa la presencia de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas mediante 9 ítems, donde la persona responde señalando la frecuencia con la que ha tenido cada uno de estos problemas. La segunda pregunta hace referencia a la afectación sobre la funcionalidad del paciente y en conjunto con la primera constituyen una guía para la selección y seguimiento del tratamiento. Esta encuesta ha sido validada por varios estudios, demostrando su eficacia para la detección de depresión y su severidad, y como herramienta para evaluar la eficacia del tratamiento empleado.

Tabla 12. 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 2 semanas.
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poco interés o agrado al hacer cosas. 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 forma.

Elaborado por: León (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 26)

- ***Cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012).***

Tabla 13. 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.
Ítem	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)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 27)

2.5.3. Procedimiento.

El proceso de la investigación ha sido desarrollado en los siguientes pasos de acuerdo al orden que se establece a continuación:

- **Acercamiento a los centros educativos**

Una vez seleccionado el centro educativo, se solicitó vía telefónica una primera entrevista con la máxima autoridad del colegio a quien se le entregó: 1. Carta de presentación del proyecto e invitación para la participación en el mismo (Ver Anexo 1). 2. Copia de la batería de la evaluación (Ver Anexo 2). 3. Carta de consentimiento informado para la rectora de la institución (Ver Anexo 6).

Una vez obtenida la autorización con firma de la rectora y sello de la institución, se procedió a solicitar la lista de estudiantes por cada uno de los paralelos a evaluar, con la finalidad de: 1. Conocer el número exacto de estudiantes para establecer los códigos que posteriormente fueron anotados en cada una de las baterías psicológicas aplicadas, 2. Diseñar un cronograma de trabajo (Ver Anexo 4), y finalmente la organización del material (cartas de asentimiento, carta de consentimientos y material de evaluación).

- **Codificación**

Este paso tuvo la finalidad del reconocimiento de cada uno de los estudiantes y del centro educativo investigado, la investigación fue de carácter anónima, ya que los estudiantes no anotaron su nombre o algún otro dato que pueda identificarlos, mediante la codificación hemos podido identificar que prueba (batería) le pertenece a cada estudiante. La ubicación de los códigos fue situada en el recuadro superior derecho de la batería de aplicación, carta de consentimiento informado de los padres y carta de asentimiento informado de los alumnos (ver anexo 2, 3 y 5 respectivamente). La codificación ha sido realizada de la siguiente manera:

Tabla 14. Codificación

Ciudad	Iniciales del establecimiento	Año de bachillerato	Paralelo	Nro. De estudiante
X	XX	X	X	00X

Elaborado por: Cuenca (2015)

Fuente: Quizhpe, Cuenca, & León (2015, pág. 30)

- ***Diseño del cronograma de trabajo***

La programación del día y hora de la aplicación de la batería de instrumentos psicológicos a los estudiantes fue planificada conjuntamente con la rectora y psicóloga del colegio, quienes nos suministraron la información necesaria para no cruzar el trabajo de investigación con el horario de clase y asignar esta actividad durante las primeras horas de inicio de la jornada. El cronograma contó con aspectos importantes como: el tipo de actividad, hora de inicio y fin, día, curso, etc (ver anexo 4).

- ***Familiarización con la batería***

Previa la aplicación de la batería psicológica a los estudiantes, nos sometimos a una autoaplicación de la misma, esta acción nos permitió conocer más a fondo el material y el tiempo necesario para ser completado, además de prepararnos para las posibles dificultades que se pudieron haber presentado.

- ***Entrega de la carta de consentimiento informado***

A través de esta carta los padres de familia o representantes de los estudiantes nos autorizaban para que sus hijos participen en el estudio y además nos daba licencia para poder utilizar toda la información recolectada en los posteriores análisis, comunicación y publicación de resultados. Una semana previa a la fecha establecida de aplicación de la batería, las cartas fueron entregadas a la rectora de la institución quien a su vez dispuso a su asistente la entrega personalizada de estas cartas a cada estudiante.

- ***Carta de asentimiento informado***

Este documento fue de tipo informativo en el cual se envió a los estudiantes a participar de la investigación. Mediante esta carta los alumnos aceptaban participar en el estudio y además nos autorizaban para utilizar toda la información recolectada en los posteriores análisis, comunicación y publicación de resultados. La carta de asentimiento fue entregada personalmente a cada estudiante previa una explicación de los objetivos de nuestra investigación y resaltando la importancia de su colaboración.

- **Organización del material**

Una vez obtenida toda la información requerida como: número de estudiantes, curso, día y hora de aplicación, etc, la carta de consentimiento informado firmada por cada padre de familia y la carta de asentimiento informado, se dio paso a la organización del material que cumplió el siguiente orden: 1. Carta de asentimiento informado, 2. Carta de consentimiento informado y 3. Batería psicológica. Estos tres documentos fueron agrupados en uno solo por curso y por el número exacto de alumnos a quienes les fue administrada la batería.

Es importante señalar que para el cumplimiento de los objetivos del presente trabajo de fin de titulación, se identificaron las siguientes variables psicológicas y escalas psicométricas de medida:

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

- **Aplicación de la batería psicológica**

Se comenzó por una breve presentación y socialización del proyecto, los reactivos fueron aplicados únicamente a quienes contaban con la firma de autorización respectiva tanto en el asentimiento como en el consentimiento informado. Se resaltó la trascendencia de los siguientes puntos:

- La importancia del proyecto
- Confidencialidad de la información
- El tiempo aproximado requerido para completar el cuestionario (aprox. 30 minutos)

Se entregaron las siguientes instrucciones generales:

- Pueden utilizar lápiz o esferográfico
- No escribir el nombre o ningún otro dato
- Responder las preguntas lo más honestamente posible

Del mismo modo se entregaron instrucciones específicas respecto a las preguntas que presentaron mayor dificultad para responder en el cuestionario sociodemográfico:

- Pregunta 3 - Peso, si no se conoce el peso con exactitud, poner un aproximado
- Pregunta 4 - Altura, si no sabe exactamente cual es su altura deberá poner un aproximado.
- Pregunta 10 - Personas que viven con usted, el examinado también debe incluirse dentro del grupo familiar
- Pregunta 11 - Sueño, Las horas se refiere únicamente al sueño nocturno, no cuentas las horas de sueño durante el día.
- Pregunta 20 – Enfermedades, en esta pregunta se puede marcar más de una respuesta.

Finalmente, al momento de retirar la batería se verificó que el estudiante contestó todas las preguntas y a quienes no lo hicieron se les solicitó completarlas.

2.5.4. Recursos.

Los recursos utilizados para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, han sido los siguientes:

1. Talento Humano: Investigador, Psicóloga de la Institución, un maestro de la institución
2. Recursos Materiales: Copias en blanco y negro de los cuestionarios, esfero gráficos.
3. Recursos Económicos: El costo en dólares de los Estados Unidos de Norte américa fue del presente estudio de campo ha sido de \$100.00.
4. Recursos Institucionales: Aulas de clase.

CAPÍTULO 3:
ANÁLISIS DE DATOS

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

- *Datos psicosociales*

El análisis de la presente investigación se desarrolló considerando características psicosociales fundamentales tales como: edad, sexo y año curricular. Esto nos coloca ante la posibilidad de conocer los riesgos, inclinación de consumo y sus características, tanto cuantitativas como cualitativas, en relación con diversos indicadores como: salud mental, personalidad, apoyo social y estilos de afrontamiento.

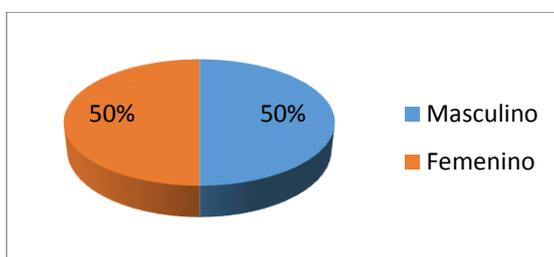


Figura No. 2. Sexo

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En el presente estudio, el 50% de la población investigada pertenece al género masculino y el otro 50% corresponde al género femenino. Los mismos que están divididos cuantitativamente en 13 mujeres y 13 varones. (Ver figura 2)

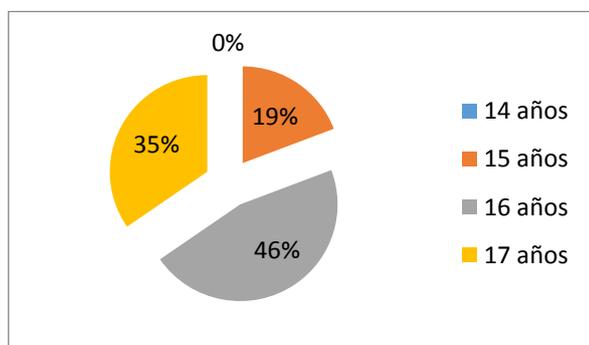


Figura No. 3. Edad

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De la muestra total de nuestros investigados encontramos que el 46% de los alumnos tiene 16 años, el 19% tiene 15 años, el 35% tiene 17 años, finalmente el 0% tiene 14 años. De esto se puede ver que el grupo de mayor representación en nuestra investigación apunta a los estudiantes de 16 años con un valor total cuantitativo de 12 alumnos, continuando con los estudiantes de 17 años con una suma total cuantitativa de 9 y finalmente los estudiantes de 15 años los cuales suman un valor total cuantitativo de 5, en nuestra muestra no contamos con estudiantes de 14 años. (ver figura 3)

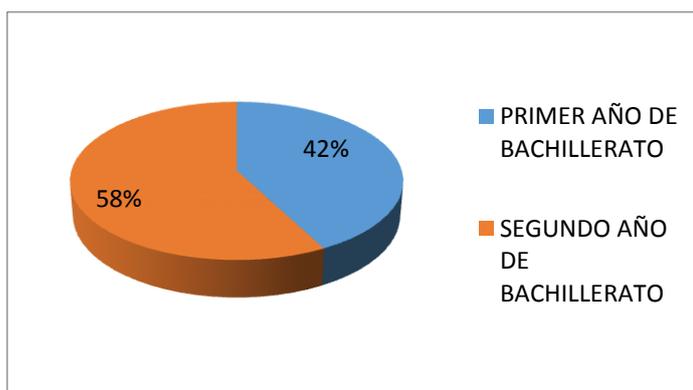


Figura No. 4. Año de bachillerato

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Del tamaño total de nuestra muestra de investigación ($n= 26$), podemos observar que el 58% de los estudiantes cursan el segundo año bachillerato y el 42% el primer año de bachillerato (ver figura 4).

Al considerar la variable psicosocial año de bachillerato correspondiente a la figura 4, notamos con claridad que existe mayor número de investigados en el segundo año de bachillerato con una suma total cuantitativa de 15 alumnos, en comparación con un total cuantitativo de 11 alumnos correspondientes al primer año de bachillerato.

Antes de pasar al análisis detallado de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados en la presente investigación, y los mismos que ya han sido previamente mencionados y detallados en el capítulo II, cabe resaltar que la puntuación estandarizada fue de 0 a 10 puntos y por lo tanto la media o valor medio es 5.

Las consideraciones de las puntuaciones para cada escala han sido:

1. 0 – 4 = Bajo
2. 5 = Medio
3. 6 – 10 = Alto

Los resultados fueron los siguientes:

Las escalas más representativas de análisis, dado que se alejaron en al menos 1 punto de la media, mostrando (en función a cada variable), situaciones de riesgo > 5 ó una medida protectora < 5, fueron las siguientes: 1. Perceived Stress Scale (PSS-14) con una puntuación de 4, 2. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) con una puntuación de 4, 3. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) con una puntuación de 1, 4. Loneliness Scale Revised (UCLA) con una puntuación de 6, 5. Brief Resilience Scale (BRS) con una puntuación de 6, 6. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) con una puntuación de 0, 7. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) con una puntuación de 3, 8. Life Satisfaction Question (LSQ) con una puntuación de 8. La escala Type A Behavior Scale, se encuentra dentro del valor medio que es 5, lo que indica una puntuación dentro de la medida promedio normal como se puede apreciar en la figura 5.

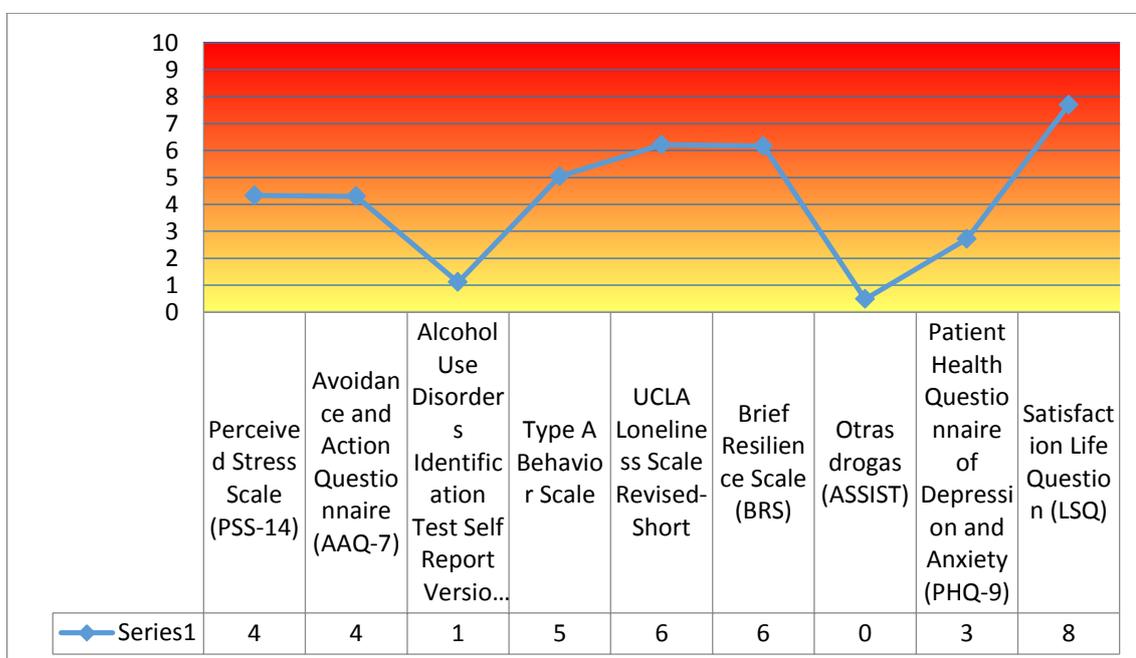


Figura No. 5. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Comenzando por la primera variable según lo muestra el gráfico (Figura 5) Perceived Stress Scale (PSS – 14) que es una variable de estrés, podemos verificar que se ubica en 4 puntos, es decir 1 punto por debajo de la media establecida de 5 puntos, lo cual indica que se presenta como variable protectora

Tabla 15. Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	FRECUENCIA					
	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1	8	4	8	2	3	
2	7	10	4	3	2	
3	2	4	13	5	2	
4	4	4	11	5	2	
5	1	4	6	10	4	
6	1	3	8	8	6	
7	1	5	7	10	3	
8	8	10	5	3	0	
9	3	3	5	8	7	
10	3	4	8	8	3	
11	5	7	9	4	1	
12	3	3	6	6	7	
13	3	2	9	8	4	
14	7	6	7	5	1	
TOTAL	56	69	106	85	45	361

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

De acuerdo a la tabla 15, se aprecia que del total de la población investigada y siendo el de mayor frecuencia presentada en esta tabla, el reactivo 3 presentó mayor continuidad con 13 individuos, los mismos que en el último mes han pensado “de vez en cuando” sobre si se han sentido nerviosos o estresados. Lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 5, la cual indica que la variable de percepción del estrés actual es una variable protectora para nuestro estudio.

Continuando con el análisis de la siguiente variable que corresponde a la Flexibilidad/inflexibilidad psicológica obtenida mediante el Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7), se puede verificar que se ubica también en 4 puntos, 1 punto por

debajo de la media, lo que le atribuye la característica de variable protectora al igual que la variable anteriormente analizada del estrés.

Tabla 16. Frecuencia (AAQ-7)

Reactivo	FRECUENCIA							
	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad	
1	9	3	6	4	1	1	1	
2	6	7	1	4	2	2	4	
3	4	10	3	1	2	3	3	
4	9	7	5	0	1	2	2	
5	5	5	4	2	4	2	4	
6	8	10	1	4	1	1	1	
7	7	5	3	7	2	1	1	
TOTAL	48	47	23	22	13	12	16	181

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

De acuerdo con la tabla 16, se aprecia que del total de la población investigada y siendo los de mayor frecuencia presentada en esta tabla, los reactivos 3 y 6 presentaron mayor continuidad, cada uno con 10 individuos, los mismos que en el último mes han pensado “Muy raramente es verdad” respecto a preocuparles no ser capaces de controlar sus preocupaciones y sentimientos (reactivo 3) y respecto a parecerles que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que ellos (reactivo 6).

Con este resultado se corrobora la puntuación obtenida en la figura 5 la cual indica que la variable de flexibilidad e inflexibilidad psicológica es una variable protectora para nuestro estudio.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se encontró que el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) cuenta con una puntuación baja de 1, puntaje de 4 puntos por debajo de la media, lo que indica ser claramente una variable protectora, es decir, que la población investigada casi no consume o el consumo de bebidas alcohólicas es mínimo.

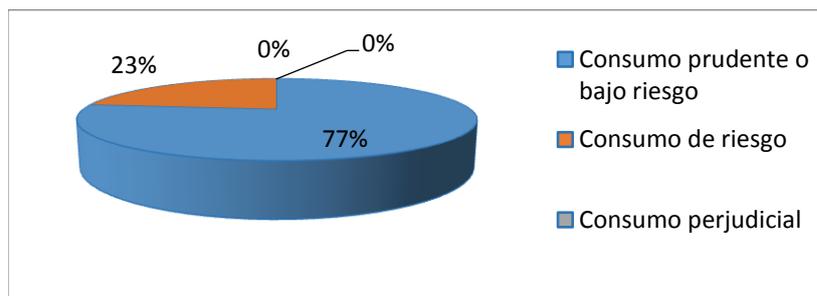


Figura No. 6. Figura de los test AUDIT. Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura 6, se puede afirmar que el mayor porcentaje corresponde a un consumo prudente o de bajo riesgo con un porcentaje del 77%, en tanto que el consumo de riesgo cuenta con el 23%, y el consumo perjudicial es del 0%.

Al interpretar los resultados de la variable personalidad obtenida mediante el Type A Behavior Scale, se observó una puntuación de 5, puntaje que se encuentra dentro de la media establecida, lo que indica que no representa una variable de riesgo ni tampoco una variable protectora para nuestra población investigada.

Tabla 17. Frecuencia (TYPE A)

Reactivo	FRECUENCIA				
	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada	
1	11	10	5	0	
TOTAL					
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	5	12	6	3	
3	5	12	7	2	
4	7	7	3	7	
5	8	7	6	5	
6	6	8	8	3	
TOTAL	42	56	35	20	153
Reactivo	Si		No		
7	18		8		
8	16		10		
9	20		6		
10	18		8		
TOTAL	72		32		104

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La Tabla 17 presenta la frecuencia de los reactivos obtenidos de la variable personalidad, se observa que en el reactivo 8 aparecen 16 individuos que sí, alguna vez su trabajo/estudio les ha llevado al límite del agotamiento. Con una frecuencia de 18 individuos en los reactivos 7 y 10 se encontró que en efecto alguna vez se llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar, además que sí, se sienten molestos cuando tienen que esperar algo o a alguien, al igual que el reactivo 9 con un total de 20 estudiantes respondieron que sí a la pregunta: ¿Alguna vez se ha sentido inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?, siendo esta última la categoría más significativa en esta tabla.

Avanzando en nuestro análisis, se obtuvo una puntuación de 6 correspondiente a la variable soledad, adquirida mediante el Loneliness Scale Revised-Short (UCLA), la misma que se encuentra con 1 punto por encima de la media, lo que indica que nuestra población objeto de estudio presenta altos niveles de soledad y a la vez demuestra que es una variable de riesgo.

Tabla 18. Frecuencia (UCLA)

Reactivo	FRECUENCIA			
	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	4	7	12	3
2	6	12	7	1
3	8	8	7	3
4	8	10	5	3
5	2	4	6	14
6	3	7	11	5
7	16	7	2	1
8	6	11	8	1
9	3	5	9	9
10	2	6	8	10
11	9	11	4	2
12	11	8	7	0
13	5	8	7	6
14	12	7	6	1
15	4	1	8	13
16	3	6	11	6
17	5	9	10	2
18	3	11	9	3
19	3	4	9	10
20	2	2	9	13
TOTAL	115	144	155	106

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al estudiar la frecuencia de la tabla 18 correspondiente a la variable soledad se observa que 11 estudiantes en el reactivo 6 respondió que a veces sienten que tienen mucho en común con la gente que les rodea, 11 estudiantes en el reactivo 8 dijo que rara vez siente que sus intereses e ideas no son compartidos por quienes les rodean, 11 estudiantes en el reactivo 11 mencionaron que rara vez se sienten excluidos, 11 estudiantes en el reactivo 12 dijo que nunca sienten que sus relaciones sociales no son significativas, el mismo número 11 estudiantes también mencionó que a veces sienten que realmente hay personas que les comprenden (reactivo 16), 11 estudiantes anotaron que rara vez sienten que tienen personas pero que no están con ellos (reactivo 18), 12 estudiantes indicaron que a veces (reactivo 1) sienten que la gente que les rodea les entiende, del mismo modo 12 estudiantes indicaron que rara vez sienten que les falta compañía (reactivo 2), 12 estudiantes también respondieron que nunca se sienten aislados de los demás (reactivo 14), 13 estudiantes respondieron en el reactivo 20 que siempre sienten que hay personas en las que pueden confiar, la misma cantidad de estudiantes es decir 13 respondieron al reactivo 15 que siempre sienten que pueden encontrar compañía cuando lo desean, 14 estudiantes indicaron que siempre hacen parte de un grupo de amigos (reactivo 5), finalmente y siendo este el de mayor frecuencia en esta tabla, el reactivo 7 demuestra que 16 estudiantes respondieron que nunca sienten no tiene a nadie cerca de ellos.

Es así como la forma de sentirse solos se debe a no sentirse comprendidos más que por falta de compañía o por no sentirse parte de un grupo, corroborando el resultado obtenido en la figura 5. En el caso de la variable resiliencia obtenida mediante el Brief Resilience Scale (BRS), se obtuvo una puntuación de 6, ubicándose 1 punto sobre la media en la población investigada, lo que indica ser una variable protectora y por lo tanto se afirma que la población investigada puede superar positivamente los problemas que afrontan.

Tabla 19. Frecuencia (BRS)

Reactivo	FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)					Muy de acuerdo
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	1	3	11	4	7	
2	3	5	10	5	3	
3	5	9	4	5	3	
4	4	6	8	5	3	
5	3	8	6	8	1	
6	3	11	6	4	2	
TOTAL	19	42	45	31	19	156

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar en la tabla 19, la mayor frecuencia de 11 estudiantes se situaron en los reactivos 1 y 6, para el reactivo 1 respondieron neutral a la pregunta: “Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles”, y para el reactivo 6 respondieron en desacuerdo a la pregunta: “Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones de la vida”, esto corrobora claramente el resultado obtenido de un punto sobre la media registrado en la figura 5.

Para el caso de la variable consumo de otras drogas obtenida mediante la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) se obtuvo una puntuación de 0, lo cual es considerablemente bajo respecto a la puntuación máxima de 10 puntos, sin embargo es importante analizar el tipo de drogas que se consumen, se afirma entonces que la población investigada presenta un consumo bajo, la variable de consumo es una variable protectora en nuestra población investigada.

Tabla 20. Porcentajes obtenidos Test ASSIST

Reactivo	PORCENTAJE				
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	84,6	11,5	3,8	0,0	0,0
2	76,9	15,4	3,8	3,8	0,0
3	46,2	38,5	15,4	0,0	0,0
4	69,2	26,9	3,8	0,0	0,0
5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	96,2	3,8	0,0	0,0	0,0
7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	92,3	3,8	0,0	0,0	3,8
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La tabla 20 presenta el porcentaje del consumo de sustancias en los últimos tres meses, al analizar el consumo diario, semanal y mensual y el tipo de drogas que consumen observamos que un porcentaje del 3,8% de la población investigada indicó que en los últimos 3 meses, diario o casi a diario, ha consumido sedantes o pastillas para dormir como diazepam, alprazolán, clonazepam, etc. (reactivo 8). El reactivo 2 muestra que el 3,8% semanalmente ha consumido tabaco cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc. El reactivo 3 señala que el 15,4% cada mes consumió alcohol (cerveza, vinos, licores,

cocteles, etc.) y finalmente el 3,8% según los reactivos 1, 2 y 4 indica que mensualmente sí ha consumido drogas además de tabaco y cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) respectivamente.

Siguiendo con nuestro análisis y de acuerdo a la figura 5, se observa que la variable de depresión y ansiedad obtenida mediante el Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) obtuvo una puntuación de 3, 2 puntos debajo de la media lo que la ubica como una variable protectora.

Tabla 21. Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	FRECUENCIA				
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	9	12	4	1	
2	7	13	5	1	
3	10	9	5	2	
4	8	15	2	1	
5	9	10	3	4	
6	13	5	4	4	
7	11	11	1	3	
8	19	5	2	0	
9	18	6	1	1	
TOTAL	104	86	27	17	234

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La tabla 21 indica la frecuencia de la variable de ansiedad y depresión, se puede observar que 19 estudiantes de acuerdo al reactivo 8 respondieron que nunca se mueven o hablan tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Ó que puedan estar tan inquietos ó intranquilos que den vueltas de un lugar a otro más que de costumbre. 18 estudiantes (reactivo 9) señalaron que nunca han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma. Con estos resultados se concluye la validez del resultado obtenido para la variable de ansiedad y depresión en la figura 4. Lo que indica con claridad que nuestro grupo de estudio presenta bajos niveles de ansiedad y depresión.

Finalmente analizamos la variable de satisfacción vital, la misma que fue obtenida mediante el Satisfaction Life Question (LSQ), con una puntuación de 8, ubicándose 3 puntos sobre la

media, esta puntuación define que la población investigada considera tener una buena satisfacción de vida y define a ésta como una variable protectora.

Tabla 22. Frecuencia (LSQ)

FRECUENCIA											
Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
0	0	0	1	1	1	1	0	6	6	8	24

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Encontramos en la tabla 22 una frecuencia de 8 estudiantes quienes respondieron 10 a sentir que tienen una buena calidad de vida. Realizando un análisis general de la distribución de las variables investigadas podemos señalar que la evaluación de la variable que mide el estrés percibido en la muestra investigada se encuentra ubicada 1 punto por debajo de la media de lo esperado de 5 puntos, (Ver figura 5) lo que la señala como un factor de protección importante debido a la importancia del impacto de esta variable sobre la salud mental.

Respecto a la evaluación de las variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias en el caso de la muestra investigada se han mostrado los siguientes resultados:

- La variable correspondiente al estilo de afrontamiento asociado al término de inflexibilidad psicológica a manifestado una puntuación 1 punto por debajo de la media de lo esperado de 5 puntos, (Ver figura 5) lo que señala que en el caso de la muestra investigada no se observan características asociadas a la inflexibilidad psicológica como conductas de evitación y escape, por lo tanto esta variable es constituida como un factor protector.
- La variable correspondiente a la evaluación de la personalidad tipo A se encuentra ubicada con una puntuación de 5 puntos lo que indica que se encuentra dentro de nuestra media aritmética establecida (Ver figura 5), lo que señala que en la muestra investigada no se han podido determinar características relacionadas con la tipología

de personalidad A, tales como tendencia hacia la competitividad, hostilidad y presión de tiempo, lo que sitúa a esta variable como un factor de protección.

- La variable encargada de la evaluación del apoyo social centrado en la autopercepción de la soledad ha expuesto una puntuación de 6 puntos, lo cual la ubica por encima de la media de lo esperado de 5 puntos (Ver figura 5), señalando que en esta muestra evaluada el apoyo social no es percibido como una fuente de protección y empatía, por lo que esta variable se encuentra también como un factor de riesgo.
- La variable relacionada con la resiliencia se encuentra situada con una puntuación de 6 puntos, lo cual la ubica por encima de la media de lo esperado de 5 puntos (Ver figura 5), señalando que esta muestra posee herramientas para hacer frente y sobreponerse a situaciones dificultosas y es por tanto un factor de protección.

En lo que respecta a las variables consideradas como indicadores de criterio de salud se han mostrado los siguientes resultados:

- La variable encargada de la evaluación del consumo de alcohol de la muestra investigada ha dado una puntuación de 1 un punto, lo cual la ubica considerablemente por debajo de la media de lo esperado (Ver figura 5), lo cual señala que en el caso de la muestra investigada no existe un consumo perjudicial de alcohol, lo que sitúa a esta variable como un factor de protección.
- La variable encargada de la evaluación del consumo de sustancias de la muestra investigada ha obtenido una puntuación de 0 (Ver figura 5), lo cual señala que en el caso de esta muestra no existe consumo de sustancias y esta variable se considera también como un factor de protección.
- La variable encargada de evaluar la ansiedad y depresión en la muestra investigada posee una puntuación de 2 puntos por debajo de la media de lo esperado (Ver figura 5), lo cual señala que la muestra investigada no posee síntomas significativos relacionados con la ansiedad y la depresión por lo que constituye a esta variable como un factor de protección.
- Por último, la variable encargada de medir la satisfacción vital de la muestra investigada ha puntuado 3 puntos por encima de la media de lo esperado (Ver figura

5), lo cual indica que la muestra evaluada ha señalado tener una alta satisfacción en su vida, constituyendo a esta variable como un factor de protección.

- **Análisis de resultados respecto al género femenino**

A continuación se realizará el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población femenina investigada, se consideró la puntuación estandarizada de 0 a 10, y por lo tanto se establece el número 5 como media aritmética, definiremos a las variables observadas como medidas de protección o riesgo en función del objetivo de evaluación de cada variable.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

1. 0 – 4 = Bajo
2. 5 = Medio
3. 6 – 10 = Alto

Los resultados han sido los siguientes:

Las escalas más representativas de análisis para este apartado, puesto que, se alejaron en al menos 1 punto de la media mostrando (en función de cada variable), situaciones de riesgo > 5 ó una medida protectora < 5 , son las siguientes:

1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) con una puntuación de 1,
2. Type A Behavior Scale con una puntuación de 7,
3. Loneliness Scale Revised (UCLA) con una puntuación de 7,
4. Brief Resilience Scale (BRS) con una puntuación de 6,
5. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) con una puntuación de 0,
6. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) con una puntuación de 3, y
7. Life Satisfaction Question (LSQ) con una puntuación de 8. Las escalas Perceived Stress Scale (PSS-14) y Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7), se encuentran dentro del valor medio que es 5, lo que indica una puntuación dentro de la medida promedio normal como se puede apreciar en la figura 7.

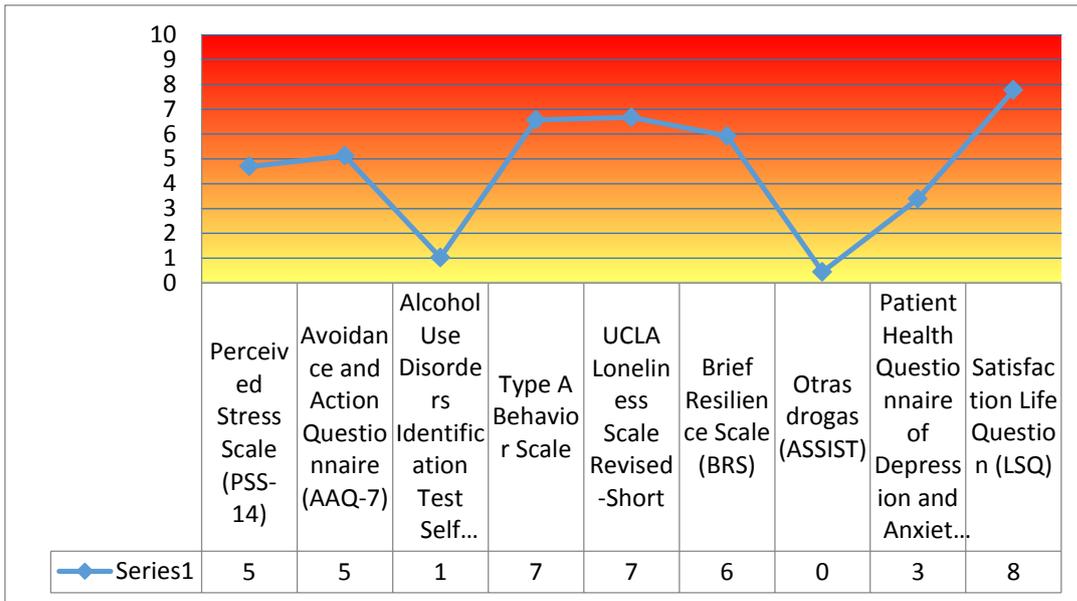


Figura No. 7. Figura de los test con resultados estandarizados género femenino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Respecto a los resultados obtenidos en la figura 7, se puede evidenciar que la población investigada referente al género femenino en la variable de consumo de alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)) obtuvo una puntuación de 1, lo que indica 4 puntos por debajo de la media y además la determina como una variable protectora.

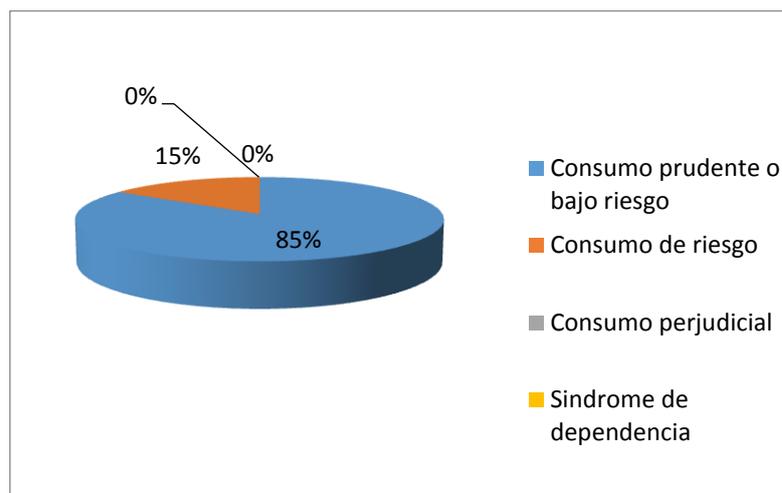


Figura No. 8. Figura de los test AUDIT.

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: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El análisis en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, como lo indica la figura 8 en nuestra población objeto de investigación presentó 85% que pertenece a un consumo prudente o de bajo riesgo y el 15% un consumo de riesgo.

Del total de población investigada del género femenino, para la variable de personalidad (Type A Behavior Scale) se obtuvo un valor de 7 en la escala de 0 a 10, es decir 2 puntos por encima de la media, siendo considerada como variable de riesgo.

Tabla 23. Frecuencia (TYPE A)

		FRECUENCIA			
Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada	
1	4	6	3	0	
TOTAL					
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	4	6	3	0	
3	3	6	3	1	
4	6	2	1	3	
5	3	3	3	4	
6	5	3	2	2	
TOTAL	20	23	13	8	64
Reactivo	Si		No		
7	9		4		
8	9		4		
9	11		2		
10	9		4		
TOTAL	38		14		52

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se aprecia en la tabla 23 que la frecuencia más representativa con un total de 11 mujeres respondió afirmativo, respecto a sentir inseguridad, incomodidad o insatisfacción en su rendimiento académico (reactivo 9), le sigue una frecuencia de 9 (reactivos 7, 8 y 10) en donde indicaron una respuesta afirmativa al hecho de llevarse trabajo a casa y seguir pensando en ello fuera del horario laboral/ escolar, haber llegado al límite del agotamiento y sentir molestia cuando tienen que esperar algo o a alguien respectivamente.

Para el caso de la variable de soledad, obtenida mediante el Loneliness Scale Revised-Short (UCLA) y según se aprecia en la figura 7. UCLA puntuo 7, esto es 2 puntos sobre la

media lo que determina a esta variable como un factor de riesgo ya que indica una alta sensación subjetiva de soledad.

Tabla 24. Frecuencia (UCLA)

Reactivo	FRECUENCIA				
	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	1	4	7	1	
2	3	5	4	1	
3	2	3	5	3	
4	4	3	4	2	
5	0	3	2	8	
6	1	3	6	3	
7	7	3	2	1	
8	1	7	4	1	
9	0	4	4	5	
10	0	3	4	6	
11	4	6	2	1	
12	5	3	5	0	
13	2	4	3	4	
14	4	3	5	1	
15	2	0	4	7	
16	1	2	9	1	
17	2	4	5	2	
18	0	3	7	3	
19	1	3	3	6	
20	1	1	4	7	
TOTAL	41	67	89	63	260

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al observar detenidamente la tabla 24, se encuentra que las frecuencias más representativas con 9 y 8 mujeres se ubican en los reactivos 16 y 5 respectivamente, lo que indica que estas mujeres siempre se sienten que forman parte de un grupo de amigos/as, pero, a veces sienten que hay personas que realmente les comprenden. Se entiende entonces que la sensación subjetiva de soledad no se debe a una percepción baja de poder sentirse parte de un grupo o hacer amigos sino más bien a la percepción subjetiva de no sentirse comprendidas referida especialmente al apoyo emocional.

Prosiguiendo con nuestro análisis y de acuerdo con la figura 7, la variable del estrés obtenida por medio del Brief Resilience Scale (BRS) obtuvo un puntaje de 6, 1 punto más arriba de nuestra media establecida, lo que señala a esta variable como una medida de

protección ya que las mujeres de nuestra investigación muestran una alta capacidad de adaptación ante el estrés.

Tabla 25. Frecuencia (BRS)

Reactivo	FRECUENCIA					TOTAL
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	1	1	7	0	4	
2	1	3	3	3	3	
3	3	2	3	3	2	
4	1	1	5	3	3	
5	2	2	3	5	1	
6	1	5	3	3	1	
TOTAL	9	14	24	17	14	78

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al analizar la tabla 25. Se observa que la mayor frecuencia representan 7 mujeres que respondieron neutral ante la afirmación “Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles”(reactivo 1), le sigue una frecuencia de 5 mujeres en los reactivos 4, 5 y 6 quienes indicaron neutral ante la afirmación “Para mí es difícil recuperarme cuando algo malo sucede”, De acuerdo ante la afirmación “Normalmente paso momentos difíciles sin gran problema” y En desacuerdo ante la afirmación “Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones de mi vida” respectivamente. Estos datos ratifican la puntuación de 6 obtenida en la variable del estrés en la figura 7.

De acuerdo a lo observado en la figura 7, respecto a la variable de consumo obtenida mediante la aplicación del The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), se observa una puntuación de 0 en la escala de 0 al 10, lo cual se atribuye a que el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros, es muy bajo y no presenta riesgo para este grupo de mujeres de nuestra población investigada de este modo se considera a esta variable como protectora. Pese a ello se analizará el tipo de drogas que se consumen.

Tabla 26. Porcentajes obtenidos Test (ASSIST)

Reactivo	PORCENTAJE				
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	84,6	15,4	0,0	0,0	0,0
2	76,9	15,4	7,7	0,0	0,0
3	30,8	61,5	7,7	0,0	0,0
4	76,9	23,1	0,0	0,0	0,0
5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	92,3	7,7	0,0	0,0	0,0
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Analizando el porcentaje del consumo de sustancias en los últimos tres meses de la población de género femenino de la presente investigación según la tabla 26, se observa el consumo diario, semanal y mensual y el tipo de drogas que consumen y se puede verificar que el porcentaje más representativo corresponde al 7,7% (reactivos 2 y 3), los mismos que pertenecen a un consumo mensual durante los últimos 3 meses.

Respecto al tipo de drogas consumidas están: el tabaco (tabaco cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.) y alcohol (cerveza, vinos, licores, cocteles, etc.). Se observa entonces que las estudiantes investigadas durante los últimos 3 meses han consumido una vez al mes el tabaco y el alcohol.

La variable de ansiedad y depresión (Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety, PHQ-9) obtuvo un puntaje de 3 como lo indica la figura 7, esta puntuación ubica a la variable de estudio como un factor de protección y señala la presencia baja de síntomas depresivos y ansiedad asociada con el deterioro social.

Tabla 27. Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	FRECUENCIA				
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	5	6	2	0	
2	0	9	3	1	
3	4	4	3	2	
4	3	8	1	1	
5	3	4	2	4	
6	6	2	3	2	
7	2	8	1	2	
8	10	1	2	0	
9	8	4	0	1	
TOTAL	41	46	17	13	117

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La mayor frecuencia para la variable de ansiedad y depresión señaló a 10 mujeres (reactivo 8), quienes nunca se han movido o han hablado tan despacio que otras personas puedan darse cuenta, ni tampoco se han sentido intranquilas al punto de dar vueltas de un lugar a otro más que de costumbre. Le sigue una frecuencia de 9 mujeres que indicaron varios días sentirse tristes, deprimidas o desesperadas (reactivo 2) y finalmente señalamos como representativa también a una frecuencia de 8 mujeres en el reactivo 4 que indicaron varios días sentirse cansadas o tener poca energía, asimismo 8 señalaron varios días haber tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver la televisión (reactivo 7), igualmente 8 mujeres anotaron nunca haber pensado que estarían mejor muertas o hayan deseado hacerse daño de alguna forma.

Esto indica como el grupo de estudiantes mujeres de nuestro estudio pese a haber llegado a sentirse ansiosas y deprimidas varios días no han llegado al punto máximo de paralizarse o pensar en quitarse la vida.

Finalmente analizaremos la variable de satisfacción vital obtenida mediante el Satisfaction Life Question (LSQ) para nuestra población femenina. Como lo muestra la figura 7 esta variable puntúa 8, una puntuación alta con 3 puntos sobre la media estándar lo que cataloga a esta variable como protectora.

Tabla 28. Frecuencia (LSQ)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El análisis anterior al compararlo con la tabla 28 indica que la mayor frecuencia se sitúa en la categoría 9 con una frecuencia de 5 mujeres que mencionaron tener una percepción muy buena de su calidad de vida.

- Análisis de resultados respecto al género masculino.

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

Las consideraciones de las puntuaciones son:

1. 0 – 4 = Bajo
2. 5 = Medio
3. 6 – 10 = Alto

Los resultados han sido los siguientes:

Las escalas más representativas de análisis para este apartado, puesto que, se alejaron en al menos 1 punto de la media mostrando (en función de cada variable), situaciones de riesgo > 5 ó una medida protectora < 5, son las siguientes: 1. Perceived Stress Scale (PSS-14) con una puntuación de 4, 2. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) con una puntuación de 3, 3. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) con una puntuación de 1, 4. Type A Behavior Scale con una puntuación de 6, 5. Loneliness Scale Revised (UCLA) con una puntuación de 6, 6. Brief Resilience Scale (BRS) con una puntuación de 6, 7. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) con una puntuación de 1, 8. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) con una puntuación de 2, y 9. Life Satisfaction Question (LSQ) con una puntuación de 8. Estos resultados se los puede apreciar en la figura 9.

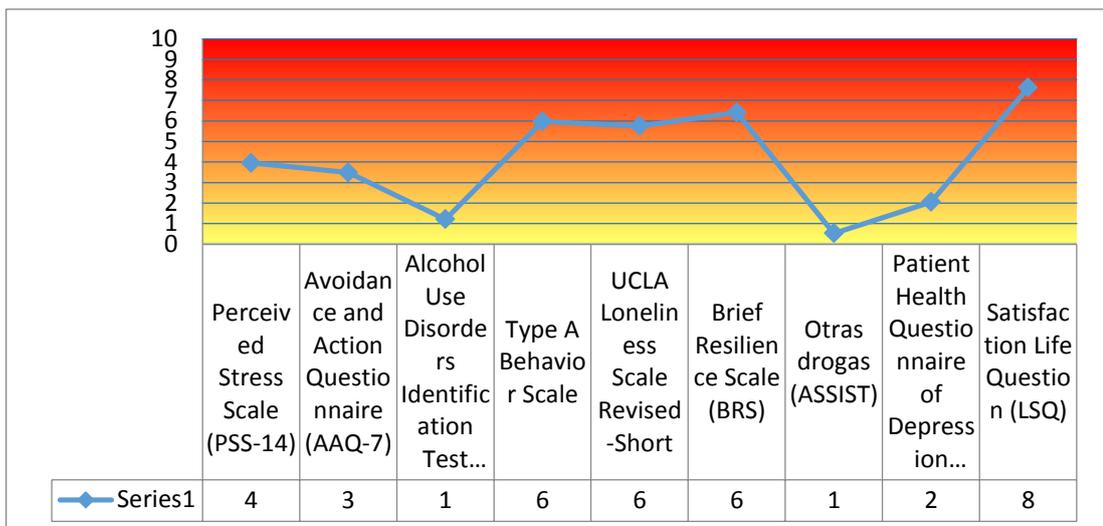


Figura No. 9. Figura de los test con resultados estandarizados género masculino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con los resultados obtenidos en la figura 9, respecto a la variable estrés obtenida mediante el Perceived Stress Scale (PSS-14), se observa que la puntuación que le corresponde es de 4 lo cual afirma que la variable puede ser considerada de protección.

Tabla 29. Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	FRECUENCIA					TOTAL
	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy amenudo	
1	6	3	2	1	0	
2	6	5	1	1	0	
3	2	2	8	1	0	
4	2	2	7	1	1	
5	1	1	3	6	1	
6	1	1	3	4	4	
7	1	2	5	3	2	
8	7	3	2	1	0	
9	3	1	4	2	3	
10	2	1	6	2	2	
11	4	2	6	1	0	
12	3	3	3	2	1	
13	3	0	6	3	1	
14	4	2	5	2	0	
TOTAL	45	28	61	30	15	179

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 29, se aprecia que la población investigada respecto al género masculino, presentó mayor frecuencia con 8 individuos (reactivo 3), quienes en el último mes han pensado de vez en cuando sobre sentirse nerviosos o estresados, le sigue una frecuencia de 7 (reactivos 4 y 8) en donde indican que en el último mes de vez en cuando han manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida, y en el último mes nunca han sentido que no podían afrontar todas las cosas que tenían que hacer, de este modo queda comprobado el resultado obtenido en la figura 9 respecto a esta variable, afirmando que la percepción actual de estrés de estos estudiantes es baja y por lo tanto se puede afirmar que los estudiantes varones de nuestro estudio presentan indicadores de salud y bienestar tanto psicológico como emocional.

En cuanto al análisis de la variable inflexibilidad/inflexibilidad psicológica, alcanzada mediante el Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7), se sitúa con una puntuación de 3, ubicándose por debajo de la media con 2 puntos, considerándose como un variable protectora.

Tabla 30. Frecuencia (AAQ-7)

Reactivo	FRECUENCIA							TOTAL
	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad	
1	8	0	2	1	0	1	0	90
2	6	2	0	3	1	1	0	
3	4	6	2	0	0	1	0	
4	5	4	2	0	0	2	0	
5	4	3	1	1	2	2	0	
6	3	6	1	2	0	1	0	
7	4	3	1	4	0	1	0	
TOTAL	34	24	9	11	3	9	0	

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Continuando con el análisis de la variable de flexibilidad/inflexibilidad psicológica se aprecia en la tabla 30 que la frecuencia la cual se establece como la de mayor relevancia con un total de 8 estudiantes del género masculino (reactivo 1), indicaron nunca es verdad que sus

experiencias y recuerdos dolorosos hacen que se les sea difícil vivir la vida que querrían, le sigue la frecuencia de 6 estudiantes (reactivos 2, 3 y 6) quienes indicaron nunca es verdad tener miedo de sus sentimientos, muy raramente es verdad preocuparles no ser capaces de controlar sus preocupaciones y sentimientos, y muy raramente es verdad que les pueda parecer que la mayoría de la gente lleva sus vidas mejor que la de ellos mismos.

Respecto a la variable consumo de bebidas alcohólicas, Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT), de acuerdo a la puntuación observada en la figura 9, tenemos que la misma es de 1 punto, lo cual significa que los hombres de nuestro estudio tienen un consumo prudente o de bajo riesgo al encontrarse esta puntuación debajo de la media con 4 puntos, por ende se considera como una variable protectora.

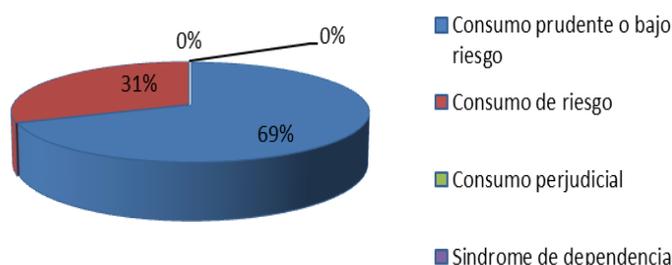


Figura No. 10. Figura de los test AUDIT.

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: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Para confirmar el análisis de la puntuación obtenida en la figura 10, se aprecia que la misma presenta un porcentaje superior de 69% en la categoría de consumo prudente o de bajo riesgo y del 31% un consumo de riesgo, descartamos la existencia de un consumo perjudicial y un síndrome de dependencia al puntuar 0% en estas categorías.

En cuanto al análisis de la variable personalidad (Type A Behavior Scale), en la figura 9 se observa una puntuación de 6, una puntuación alta ya que se encuentra por sobre nuestra media con 1 punto, esto indica que es una variable de riesgo.

Tabla 31. Frecuencia (Type A)

Reactivo	FRECUENCIA			
	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	7	4	2	0

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	1	6	3	3	
3	2	6	4	1	
4	1	5	2	4	
5	5	4	3	1	
6	1	5	6	1	
TOTAL	17	30	20	10	77

Reactivo	Si	No	
7	9	4	
8	7	6	
9	9	4	
10	9	4	
TOTAL	34	18	52

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Por las frecuencias presentadas en la tabla 31, se afirma que el número de estudiantes más representativo son 9 estudiantes del género masculino quienes respondieron que alguna vez se llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar/laboral, el mismo número de estudiantes indicó que alguna vez se siente inseguro, incómodo o insatisfecho con su rendimiento académico y la misma cantidad señaló sentirse molesto cuando tiene que esperar algo o a alguien. Estos resultados muestran claramente la razón por la que esta variable es de riesgo ya que para los estudiantes masculinos de nuestro estudio es difícil desconectarse de sus responsabilidades y muestran rasgos de impaciencia al molestarse cuando tienen que esperar.

Con los resultados obtenidos en la figura 9 respecto a la variable soledad (Loneliness Scale Revised-Short UCLA), se tiene una puntuación de 6 por lo tanto, la población masculina objeto de investigación posee una alta sensación subjetiva de soledad, se considera a su vez a la variable de soledad como riesgo.

Tabla 32. Frecuencia (UCLA)

Reactivo	FRECUENCIA				
	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	3	3	5	2	
2	3	7	3	0	
3	6	5	2	0	
4	4	7	1	1	
5	2	1	4	6	
6	2	4	5	2	
7	9	4	0	0	
8	5	4	4	0	
9	3	1	5	4	
10	2	3	4	4	
11	5	5	2	1	
12	6	5	2	0	
13	3	4	4	2	
14	8	4	1	0	
15	2	1	4	6	
16	2	4	2	5	
17	3	5	5	0	
18	3	8	2	0	
19	2	1	6	4	
20	1	1	5	6	
TOTAL	74	77	66	43	260

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Al observar la tabla 32 se tiene que la mayor frecuencia pertenece a 9 estudiantes varones (reactivo 7) quienes indicaron que nunca sienten que ya no tienen a nadie cerca de ellos, le sigue una frecuencia de 8 estudiantes reactivos 14 y 18 que indicaron nunca sentirse aislados de los demás y rara vez sentir que personas alrededor no están con ellos respectivamente, encontramos también que 7 estudiantes rara vez sienten que les falta compañía, 7 estudiantes indicaron también rara vez sentirse solos.

Con los resultados obtenidos en la figura 9 respecto a la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), se tiene una puntuación de 6, por lo tanto la población masculina objeto de investigación supera los problemas presentados de una manera positiva, considerada a su vez como variable protectora.

Tabla 33. Frecuencia (BRS)

Reactivo	FRECUENCIA					de
	Muy desacuerdo	en	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	
1	0		2	4	4	3
2	2		2	7	2	0
3	2		7	1	2	1
4	3		5	3	2	0
5	1		6	3	3	0
6	2		6	3	1	1
TOTAL	10		28	21	14	5

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 33, se obtiene una frecuencia de 7 estudiantes que respondieron en la categoría neutral al hecho de pasarla mal superando situaciones estresantes. y 7 estudiantes más indicaron estar en desacuerdo ante la afirmación que no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante.

La variable consumo de otras drogas (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIT) según la figura 9, presenta una puntuación de 1, lo cual indica un consumo bajo respecto a la máxima puntuación de 10 puntos, no obstante es importante analizar el tipo de sustancias que consumen diario o casi a diario y semanalmente.

Tabla 34. Porcentajes Test (ASSIT) género masculino

Reactivo	PORCENTAJE				
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	84,6	7,7	7,7	0,0	0,0
2	76,9	15,4	0,0	7,7	0,0
3	61,5	15,4	23,1	0,0	0,0
4	61,5	30,8	7,7	0,0	0,0
5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	92,3	7,7	0,0	0,0	0,0
7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	92,3	0,0	0,0	0,0	7,7
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al apreciar la tabla 34, se observa un porcentaje del 7,7 % que representa un consumo diario o casi a diario en los últimos tres meses de sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolán, clonazepan, etc.). Se ubica con un 7,7% el consumo cada semana en los últimos 3 meses de (cigarrillos, tabaco de liar, tabacos de mascar, puros, etc.).

La variable de ansiedad y depresión obtenida mediante la aplicación del Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9), según la figura 9 muestra un puntaje de 2, esto es 3 puntos bajo la media lo que ubica a esta variable como una medida de protección.

Tabla 35. Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	FRECUENCIA				TOTAL
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	4	6	2	1	
2	7	4	2	0	
3	6	5	2	0	
4	5	7	1	0	
5	6	6	1	0	
6	7	3	1	2	
7	9	3	0	1	
8	9	4	0	0	
9	10	2	1	0	
TOTAL	63	40	10	4	117

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como lo muestra la tabla 35 la frecuencia más representativa señala que 10 estudiantes nunca ha pensado que sería mejor estar muerto o deseado hacerse daño de alguna forma, seguido por una frecuencia de 9 estudiantes quienes indicaron nunca haber tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver la televisión, así como también nunca se han movido o hablado tan despacio que otras personas puedan darse cuenta. Estar inquietos o intranquilos que den vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.

En cuanto a la variable satisfacción de vida que tiene la población de género masculino investigada como se aprecia en la figura 9, se ubica con una puntuación de 8, lo cual significa que es una variable protectora.

Tabla 36. Frecuencia (LSQ)

FRECUENCIA											
Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	5	11

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al observar la tabla 36 se verifica los resultados obtenidos en la figura 9, la tabla indica que la mayor frecuencia es de 5 estudiantes que se ubicada en 8 y 10 puntos dentro de la escala de 0 a 10.

3.2. Discusión de los resultados obtenidos.

En lo que se refiere al objetivo principal del presente trabajo de fin de titulación, se observan los siguientes resultados:

El estrés percibido, así como otras variables indicadoras de salud mental como son: 1. el consumo de otras sustancias, 2. alcoholismo, 3. ansiedad y depresión y 4. satisfacción vital, han puntuado por debajo de la media, lo cual señala que son factores protectores o de bajo riesgo, en otras palabras, los adolescentes de nuestro estudio muestran un bajo riesgo de presentar enfermedad mental y consumo de alcohol, drogas y sustancias estupefacientes.

De Las variables mediadoras de salud mental y consumo de sustancias como son: 1. Percepción de soledad, 2. Inflexibilidad-flexibilidad psicológica, 3. Personalidad tipo A, y 4. Resiliencia, la única variable que se presenta como factor de riesgo es la de percepción de soledad, todas las demás obtuvieron puntuaciones que las señalan como factores de protección. Lo que sugiere que la soledad para nuestro estudio no es un factor de riesgo determinante en la salud mental y consumo de sustancias en los adolescentes.

La variable del estrés percibido así como a la variable de estilo de afrontamiento asociada a la flexibilidad e inflexibilidad psicológica han marcado puntuaciones por debajo de la media lo que las señala como factores de protección, estos resultados se equiparan a los resultados encontrados por Fernández (2009) donde se señala que las estrategias de

afrontamiento adaptativas y flexibles se relacionan positivamente con bajos niveles de estrés.

Así mismo, la variable de estilo de afrontamiento y las variables relacionadas con el consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas señalan puntuaciones de bajo riesgo y se han considerado como variables protectoras. Estos resultados se asemejan a los resultados encontrados por Gómez, Sobral, Luengo, Romero & Villar (2006) publicados en la revista *International Journal of Clinical and Health Psychology* donde se señala que las estrategias de afrontamiento saludables actúan como factores de protección del inicio de consumo de drogas, así como también se señala que estilos de afrontamiento poco saludables caracterizados por inflexibilidad psicológica y evitación, parecen favorecer la aparición y asentamiento del consumo de drogas.

En la muestra investigada se encuentra a la variable que evalúa el consumo problemático de alcohol como protectora debido a que marca 4 puntos por debajo de la media, con un 77% correspondiente al consumo prudente o de bajo riesgo y un 23% que corresponde a un consumo de riesgo, estos resultados se asemejan a las cifras expuestas por el CONCEP donde se señala que la mayoría de estudiantes investigados mantienen un consumo de alcohol de bajo riesgo. (Concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotóxicas, 2014).

Sin embargo, difiere con los resultados encontrados por Guzmán, Pedrão, Rodríguez, López & Esparza (2007) en un estudio investigativo realizado a 125 adolescentes pertenecientes a pandillas mexicanas mediante el test AUDIT, donde se encontró que el 70% mostró consumo excesivo, 62% se clasificó con consumo perjudicial y el 50% con dependencia, se puede concluir entonces que las poblaciones adolescentes pertenecientes a pandillas tienen un mayor consumo de alcohol que las poblaciones de adolescentes estudiantes.

Por otro lado la variable de personalidad tipo A, se encuentra dentro la media con 5 puntos, por lo que no puede ser considerada factor de protección o riesgo debido a encontrarse sobre el umbral máximo de contingencia (>5) y cerca del mínimo establecido de conservación (>5).

Respecto a la variable soledad, se presenta como factor de riesgo en el 62% de los estudiantes investigados, cuyo porcentaje sobrepasa la media establecida, esto se puede verificar con las más altas frecuencias que vienen reflejadas como respuesta a los ítems: sentir que tienen mucho en común con la gente que les rodea, sentir que hay gente que realmente les comprenda, personas con las que se puede contar, sentir que pueden encontrar compañía cuando lo deseen y siempre ser parte de un grupo de amigos.

Esto indica que la percepción de soledad en los estudiantes investigados se encuentra relacionado con un sentimiento subjetivo de no ser comprendidos y no sentirse satisfechos con el grupo, más q al hecho de encontrarse rodeados de personas, esto lo corrobora un análisis realizado por (Carvajal & Caro, 2009) respecto al concepto de soledad en la adolescencia, quienes concluyen que la soledad se relaciona con la necesidad humana de pertenencia y es común al ser humano además de ser una experiencia subjetiva, diferente en cada persona y que es ocasionada por distintos motivos. Así mismo, este resultado se asemeja a los resultados encontrados por Orcasita & Uribe (2010) quienes señalan en sus estudios que durante la etapa adolescente la escala de percepción de la soledad suele tener alta puntuación debido a que en esta etapa las redes de apoyo social sufren una reestructuración que incluye las relaciones sociales significativas hacia los pares.

Entonces, la variable apoyo social es un factor de riesgo, sin embargo la escala de ansiedad y depresión es un factor de protección. Lo cual invita a pensar que el apoyo social no está vinculado a enfermedades del ánimo como la depresión y ansiedad. Estos resultados difieren de los estudios presentados por Orcasita & Uribe quienes señalan que la falta de apoyo social podría estar relacionada con síntomas depresivos en adolescentes (2010).

Nuestros resultados indican que los adolescente pese a tener una sensación subjetiva de soledad relacionada con pensar que no tienen apoyo social, no se deprimen ni se ponen ansiosos, esto puede ser comprendido debido a los altos índices de resiliencia que tienen estos jóvenes.

Vemos que la variable evaluadora de la resiliencia ha marcado un punto por encima de la media, lo cual la ubica como un factor de bajo riesgo, en un estudio realizado a 1500 adolescentes por Delgado, Jiménez, Parra & Sánchez (2008), también se encontró una relación significativa entre resiliencia y salud mental, elementos indispensables para un desarrollo favorable en esta etapa de la vida.

La variable encargada de valorar el apoyo social es de riesgo, sin embargo la variable resiliencia es un factor de protección, esto difiere del estudio realizado por Gonzáles, López, Valdez & Zavala a 200 estudiantes Mexicanos, donde se señala una fuerte relación entre los niveles de resiliencia y el sentido de afiliación expresado en el apoyo social (2008). (González, López, Valdez, & Zavala, 2008)

Respecto al consumo de sustancias se obtiene 0 puntos, lo cual refleja que no existe un consumo problemático de sustancias, sin embargo es primordial, identificar el tipo de sustancias que consumen porque nos prepara para prever la prevención al uso y abuso de las distintas drogas, un estudio realizado en Chile por (Maturana, Alcohol and drug consumption in adolescents: sciencedirect.com, 2011) se menciona que la mayoría de los adolescentes no consume, y que todo consumo no necesariamente constituye un consumo problemático, pero si todo consumo en un adolescente constituye un Consumo de Riesgo.

En nuestra muestra tenemos que el 3.8% ha consumido con una frecuencia diaria o casi diaria: sedantes o pastillas para dormir como diazepam, alprazolam, clonazepam, etc. El mismo porcentaje de 3.8% señalan un consumo semanal de tabaco cigarrillo, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc., De igual manera otro 3.8% indica que mensualmente ha consumido drogas, tabaco y cannabis-marihuana, mota, hierba, hachis, etc. Según cifras expuestas por el CONCEP (2012-2013) a nivel nacional se señala que el 28.30% de personas entre 12 y 16 años señalaron haber consumido alcohol durante el último mes, 17.7% de personas entre 12 y 16 años señalaron haber consumido cigarrillos durante el último mes, 1.8 de personas entre 12 y 16 años señalaron haber consumido cigarrillos durante el último mes, 0.90% de personas entre 12 y 16 años señalaron haber consumido marihuana durante el último mes, 0.70% de personas entre 12 y 16 años señalaron haber consumido cocaína durante el último mes y 0.60% de personas entre 12 y 16 años señalaron haber consumido pasta base durante el último mes.

En lo relacionado a la variable encargada de la evaluación de la ansiedad y depresión en la muestra evaluada no representa un factor de riesgo, este resultado difiere del encontrado por Palacio & Merchan (2013) en un estudio realizado a una institución educativa de la ciudad de Cuenca donde se señala que el 11,06% de los estudiantes evaluados mostraban síntomas depresivos y el 29,04% de los estudiantes evaluados mostraban síntomas relacionados con la ansiedad.

Tenemos que el 77.2% indica tener una buena calidad de vida, este resultado correspondiente a la variable que mide la satisfacción vital así como el resultado de las variables indicadoras de salud mental son factores de protección, estos resultados son similares a los expuestos por Videra & Reigal (2013) en un estudio realizado a 1648 adolescentes donde se señala una relación existente entre satisfacción vital y salud mental.

Al hacer una relación entre la escala de apoyo social que es de alto riesgo con la escala de satisfacción vital de bajo riesgo, en otros estudios se encuentra que, este resultado difiere de los resultados expuestos por Moreno, Estévez, Murgui & Musitu (2010) realizado a 1.319 adolescentes donde se encontró una relación entre el apoyo social y la satisfacción vital en esta muestra investigada. Estos resultados también difieren con los resultados expuestos por Castella (2012) en un estudio realizado a 512 adolescentes donde también se encuentra relación entre el apoyo social y la satisfacción vital.

Comprando resultados de la muestra investigada respecto al género masculino y femenino podemos señalar las siguientes diferencias y similitudes por variable.

En la variable encargada de la evaluación del estrés, el género femenino marca una puntuación de 5 en tanto que, el género masculino puntúa 4, lo que señala que las mujeres tienen una mayor percepción de estrés que los hombres y, por lo tanto pueden ser consideradas como un grupo más vulnerable. Según la literatura, este resultado se debe a factores sociales y fisiológicos, a nivel social a las mujeres les es permitido culturalmente poder mostrar sus emociones y expresarlas en tanto que el hombre no, la forma de demostrar estrés en el hombre es mediante la ira, fisiológicamente las mujeres cuentan con estructuras de mayor sensibilidad con las emociones, debido al nexo entre los hemisferios del cerebro que es más rico en conexiones (La Nación, 2011)

En lo que respecta a la variable que evalúa el estilo de afrontamiento caracterizado por la inflexibilidad psicológica, el género femenino también ha manifestado mayor tendencia hacia la inflexibilidad que el género masculino ya que ha marcado 2 puntos más en este constructo. Lo que señala que las mujeres tienen más tendencia hacia el control aversivo, conductas de evitación y escape en la muestra investigada. Este resultado coincide con un estudio realizado en Chile sobre problemas de Salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes, en donde se indica que las mujeres reportaron mayores

niveles de problemas de salud, de eventos estresantes, de estrés percibido, de estrategias de afrontamiento y de ánimo depresivo (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006).

Respecto a la variable del consumo de alcohol se observa que tanto en hombres como en mujeres el consumo es de bajo riesgo, por situarse 4 puntos bajo la media, sin embargo, al comparar los resultados de los dos géneros se observa que, en las mujeres el 84.6% corresponde a un consumo prudente o de bajo riesgo y el 15.4% corresponde a un consumo de riesgo, en los hombres se tiene que el 69.2% pertenece a un consumo prudente o de bajo riesgo y el 31% un consumo de riesgo. Esto indica que las mujeres presentan un consumo de bajo riesgo superior a los varones y que los varones tienen un mayor consumo de riesgo en comparación con las mujeres de nuestro estudio.

La variable que evalúa la personalidad tipo A del género femenino supera en 1 a la puntuación que obtiene el género masculino, lo que señala que las mujeres tienen una mayor tendencia a la competitividad, hostilidad y presión de tiempo, esto indica también que, en el caso de la muestra investigada las mujeres tiene mayor tendencia al estrés que los hombres.

Haciendo referencia a la variable que evalúa el apoyo social a través de la percepción de soledad, el género femenino ha marcado también 1 punto por encima del género masculino, lo que señala que las mujeres tienen un mayor nivel de soledad que los hombres en el caso de la muestra investigada.

En relación a la variable resiliencia no se observan diferencias de género ya que los dos grupos obtienen una puntuación de 6 puntos, lo que indica que tanto hombres como mujeres poseen herramientas adecuadas para hacer frente y sobrellevar situaciones difíciles. Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la salud, la resiliencia es considerada un factor protector de amplio espectro (Donas Burak, 1998)

Respecto a la variable que evalúa el consumo de sustancias, los hombres se ubican 1 punto por encima de la puntuación que obtienen las mujeres, lo que sugiere que los hombres muestran un mayor consumo de sustancias que las mujeres, sin embargo esta variable ha puntuado considerablemente por debajo de la media, lo que señala en este caso que el consumo es de bajo riesgo. En el caso de las mujeres, el 7.7% consume mensualmente el tabaco entre ellos puede ser: cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc,

además de alcohol entre los cuales se incluyen: la cerveza, vinos, licores, cocteles, etc. Mientras que en el caso de los hombres tenemos que el 7.7% consumo diariamente o casi a diario, sedantes o pastillas para dormir entre las cuales se tiene: diazepam, alprazolam, clonazepam, etc,. El mismo porcentaje presenta un consumo semanal de tabaco.

La variable que evalúa los síntomas de ansiedad y depresión, el género femenino ha marcado 1 punto por encima de la puntuación correspondiente al género masculino, lo que señala que las mujeres muestran más síntomas ansiosos y depresivos que los hombres en el caso de la muestra investigada. Estos resultados se reafirman con las respuestas entregadas por las mujeres de quienes el 69%, durante varios días se ha sentido triste, deprimida o desesperada, el 62% durante varios días se ha sentido cansada, y ha tenido problemas para concentrarse.

Finalmente, se observa en nuestro estudio que tanto hombres como mujeres poseen los mismos niveles de satisfacción vital.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que los problemas de salud en los adolescentes se encuentran altamente relacionados con circunstancias estresantes, con el estrés percibido, con el ánimo ansioso y depresivo, y con el afrontamiento evitativo, y en menor medida con el apoyo social percibido.

Las puntuaciones bajas de estrés y altas en los estilos de afrontamiento parecen ser fuertes indicadores de salud mental y evitación del consumo de sustancias, un estilo de afrontamiento adecuado y puntuaciones bajas en: 1. el consumo problemático de alcohol, 2. Consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros, indica un bajo riesgo en el consumo de sustancias, estos mismos resultados han sido encontrados en otros estudios realizados, ya discutidos anteriormente.

La mayoría de estudiantes mantiene un consumo de alcohol de bajo riesgo, del total de la muestra investigada (n=26), 11 mujeres y 9 hombres presentan un consumo prudente o de bajo riesgo mientras que 2 mujeres y 4 hombres indican un consumo de riesgo, estos resultados son similares a los expuestos por el CONSEP donde se señala que la mayoría de estudiantes investigados mantienen un consumo de alcohol de bajo riesgo.

Para los adolescentes, el hecho de ser estudiante parece ser un factor de protección del consumo de sustancias en tanto que no serlo y además pertenecer a pandillas probablemente asegura un alto riesgo.

En la adolescencia la percepción de soledad es alta, pero se debe al sentir que no son comprendidos más que por la falta de amigos, pese a sentirse solos, los niveles de ansiedad, depresión y estrés son bajos, este resultado difiere de otros estudios en donde se señala que la falta de apoyo social podría estar relacionada con síntomas depresivos, sin embargo en este estudio también medimos la resiliencia, la misma que es alta en los estudiantes, tanto en hombres como en mujeres, entonces el hecho de no tener problemas en su estado de ánimo pese a sus sentimientos de soledad puede deberse a la capacidad que poseen de recuperarse de los problemas por los que atraviesan. Por lo tanto se puede decir que la soledad no es un factor determinante de salud mental en los estudiantes siempre y cuando su capacidad de sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas sean altas.

En otros estudios se ha encontrado que la resiliencia y el sentido de afiliación expresado en el apoyo social se encuentran altamente relacionados, en nuestro estudio la resiliencia y el apoyo social no parecen estar relacionadas.

El consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros es un factor de protección en nuestra investigación sin embargo, de la literatura investigada se conoce que todo consumo por mínimo que sea, en el adolescente tiene que ser considerado como consumo de riesgo, por ello es necesario conocer el tipo de sustancias que consumen los adolescentes, en el caso de las mujeres (n=13): 2 ha consumido drogas 1 ó 2 veces, 2 ha consumido 1 ó 2 veces: tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.), en tanto que 1 ha consumido una vez al mes, 8 ha consumido 1 ó 2 veces: alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc), en tanto que 1 ha consumido alcohol 1 vez al mes, 3 ha consumido 1 ó 2 veces cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc) y 1 ha consumido 1 ó dos veces sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolán, clonazepan, etc.). En el caso de los hombres (n=13): 1 ha consumido 1 ó 2 veces drogas, mientras que 1 lo hizo mensualmente, 2 consumió 1 ó 2 veces tabaco, en tanto que 1 lo ha hecho semanalmente, 2 ha consumido 1 ó 2 veces alcohol, 3 lo hicieron cada mes, 4 consumió al menos 1 ó 2 veces cannabis, 1 lo ha hecho mensualmente, y finalmente 1 consumió 1 ó 2 veces anfetaminas (speed, éxtasis, etc).

Esto indica que los adolescentes ha tenido acceso al consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas y sedantes o pastillas para dormir. Las mujeres predomina el alcohol y la frecuencia de consumo es menor que en los varones, en la población masculina destaca el cannabis, y aparece el consumo de drogas altamente adictivas como las anfetaminas.

De esto se puede concluir que en género femenino presenta menor riesgo del consumo de sustancias adictivas, este resultado coincide con lo citado anteriormente respecto a los estudios hechos por la ONU (2012) donde señalan que en el mundo existen más hombres que mujeres que consumen drogas, no obstante, existen datos que afirman que las mujeres consumen con mayor frecuencia drogas recetadas u otras sustancias socialmente aceptadas.

Los estudiantes poseen bajos niveles de ansiedad y depresión, no obstante las mujeres han mostrado ser más proclives a estas afectaciones del estado de ánimo que los hombres. Tanto los hombres como las mujeres de nuestro estudio se sienten altamente satisfechos con su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Todo consumo en el adolescente debe ser considerado como consumo de riesgo, además se conoce que la etapa adolescente es potencialmente crítica, debido a los cambios físicos, químicos y orgánicos que se experimenta, y el grado en que estos cambios puedan repercutir en la vida tanto social como personal de los jóvenes, depende en gran medida de la relación de los adolescentes con su entorno, es necesario entonces que las conductas de riesgo, entre las cuales se incluyen las conductas de uso y/o abuso de sustancias, deban ser extinguidas, aisladas o activadas dependiendo de la interacción indispensable entre los recursos de los jóvenes y los recursos de su entorno más cercano y significativo, que permitirá regular este proceso.

La intervención oportuna en la prevención primordial, primaria, secundaria y terciaria por parte de los profesionales de la salud, maestros y padres de familia ayudará al desarrollo saludable de los adolescentes y con esto se podrá reducir en gran medida los costes afectivos como la percepción de soledad por ejemplo, los costes físicos, económicos de enfermedad y muerte.

Por lo tanto, se sugiere apoyar a los jóvenes a continuar manteniendo un estilo de vida favorable mediante el reforzamiento de las conductas positivas que han presentado como son, el estilo de afrontamiento, y la resiliencia.

Respecto al apoyo social se pueden tomar medidas para la adquisición de herramientas que beneficiarán la calidad de sus relaciones sociales como por ejemplo se puede trabajar la empatía, habilidades de comunicación, asertividad entre otras.

Respecto al consumo de sustancias, es necesario hablar más sobre el tema drogas con los adolescentes, enfatizando las consecuencias negativas del uso de las mismas y lograr un compromiso de cambio, además será necesario enseñar estrategias de autocontrol, se debe considerar que en el Ecuador el consumo empieza a los 12 años.

Los padres de familia deberían conocer la forma de apoyar al desarrollo saludable de sus hijos y las medidas de prevención efectivas para evitar el consumo de sustancias.

Se puede trabajar con los padres en charlas informativas o a través de la impresión de folletos que aporten consejos prácticos sobre lo que deben hacer para mantener un ambiente familiar saludable y disminuir el riesgo del consumo de sustancias.

Finalmente el departamento de psicología de la institución dentro de las actividades que realiza para los estudiantes, puede implementar talleres que mezclen dinámicas de grupo, y juegos, con el tema del uso de drogas y mejoramiento de las habilidades sociales.

Existen instrumentos psicológicos que enseñan mediante el juego la adquisición de algunas capacidades para mejorar las relaciones interpersonales como por ejemplo: el bingo de las emociones, o el juego de las habilidades sociales, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Acero, T. A. (29 de Octubre de 2012). *Método Descriptivo: Scribd*. Obtenido de sitio web de Scribd: <http://www.scribd.com/doc/111485247/Metodo-descriptivo#scribd>
- Alix, M., & Arévalo, N. (11 de junio de 2014). *Consistencia interna y estructura interna del cuestionario AUDIT en amerindios*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-81462014000100002&script=sci_arttext
- Añaños, F. (2005). *Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (Alcohol, tabaco y cannabis) y su influencia en el consumo*. Madrid: Dykinson.
- Ballano, F., & Esteban, A. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paidós.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (11 de Enero de 2006). *Problemas de Salud Estrés Afrontamiento Depresión y Apoyo Social en Adolescentes: scielo Chile*. Obtenido de sitio web de scielo Chile: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7820499&pid=S0718-4808201100010000900006&lng=es
- Barris, J. (2011). *Trastornos de personalidad*. México: Ediciones Universitarias.
- Becoña, E. (2006). *Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto*. Madrid: Revista de psicopatología y psicología clínica.
- Benjamín, J. (2000). *El estrés*. México: Publicaciones Cruz.
- Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo*. México: Editorial médica Panamericana.
- Bermudez, J., Perez, A. M., Ruíz, J. A., & al., e. (2012). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Berrió, N., & Mazo, R. (10 de enero de 2011). *Estrés Académico*. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922011000200006&script=sci_arttext
- Boada, J., & Grau, P. (2012). *Salud y trabajo, los nuevos y emergentes riesgos*. Barcelona: UOC.
- Boeree, G. (2002). *Teorías de la personalidad*. Obtenido de Gordon Allport: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm>
- Bolet, M. (2000). La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Scielo Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Carvajal, G., & Caro, C. (1 de Diciembre de 2009). *Soledad en la adolescencia análisis del concepto: Universidad de la Sabana*. Obtenido de sitio web de Universidad de la Sabana: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1526/1973>

- Castella, J. (2012). *Bienestar Subjetivo de los Adolescentes: Un Estudio Comparativo entre Argentina y Brasil*. Río Grande: Universidad Federal de Río Grande.
- Cava, M., Buelga, S., & Musitu, G. (2010). *Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal*. Valencia: Universidad Católica de Valencia.
- Clínica, Psicológica, Mars V. (1 de Enero de 2014). *La teoría de cattell: Psicología-online*. Obtenido de sitio web de psicología-online: <http://www.psicologia-online.com/pir/la-teoria-de-cattell.html>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Education.
- Cuello, J., Maldonado, R., & Rovira, J. (2010). *Hablemos de drogas*. Barcelona: Obra Social "La Caixa".
- Donas Burak, S. (1 de Junio de 1998). *Protección, riesgo y vulnerabilidad sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de sitio web de Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/CasosModulos/CasosModulo4Ap.html>
- DSM. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*. Barcelona España: Gráficas 92, SA .
- Escaramuza, R. (2002). *Estudios Psicológicos avanzados*. Madrid España: Ediciones contemporáneas.
- Espinosa, I. (2004). *El trastorno psicológico en la edad escolar*. Quito: Gráficas Arboleda.
- Forés, A., & Grané, J. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos*. Madrid: Narcea.
- García, A., Sáez, J., & Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2005). *El apoyo social*. Barcelona: Universidade da Coruña.
- García, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2005). *Psicología Comunitaria Apoyo Social*. Barcelona: Universidad da Coruña.
- Gil, M. (2007). *Psicología Social*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Gonzales, M., & Landero, R. (2006). *Síntomas psicósomáticos*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González, N., López, A., & Valdez, J. (2009). *Resiliencia y salud en niños y adolescentes*. México: Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Hernandez, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores: scielo.org.pe. *Scielo*.

- Kroenke, K. (2007). *Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, co morbidity and detection*. *EEUU. Annals of Internal Medicine*.
- La Nación. (28 de Enero de 2011). *Nivel de estrés den mujeres: La nación*. Obtenido de sitio web de La nación: <http://www.lanacion.cl/origen-fisiologico-y-social-tendria-el-mayor-nivel-de-estres-en-mujeres/noticias/2011-01-27/112438.html>
- Labrador, F., & Crespo, M. (1993). *Estrés: Trastornos psicofisiológicos*. Mexico: EUDEMA S.A.
- Lopez, A., & Sánchez, E. (2001). *Estructura social, apoyo social y salud mental*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Lupian, S. (25 de mayo de 2012). *Psiquiatría Psicología Infantil Juvenil Barcelona*. Obtenido de Redes No. 42: <https://www.youtube.com/watch?v=gXhz5eXK29Y>
- Maturana, A. (1 de Enero de 2011). *Alcohol and drug consumption in adolescents: sciencedirect.com*. Obtenido de sciencedirect.com: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703972>
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Condes*, 101-105.
- McQuade, R., & Young, A. (2000). Future therapeutic in mood disorders: The glucocorticoid receptor. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 390-395.
- Montes, E. (2008). *Tratado de Salud e higiene*. Argentina: Portovelo.
- Motilva, R., & Viscay, V. (2003). Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de un consultorio médico. *Scielo Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). *Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule*. Santiago de Chile: Revista Universum.
- Munch, L., & Ángeles, E. (2011). *Métodos y técnicas de investigación*. México: Editorial Trillas.
- Muñoz, A. (24 de enero de 2015). *¿Qué es la resiliencia?* Obtenido de http://motivacion.about.com/od/psicologia_positiva/a/Que-Es-La-Resiliencia.htm
- Observatorio Nacional de Drogas. (2014). *Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años*. Quito: Consep.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2012). *Informe mundial sobre las drogas*. New York: Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas de fiscalización de drogas y de prevención del delito. (2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de jóvenes*. Nueva York: ONU.

- Organización Mundial de la Salud (21 de Agosto de 2014). *Global status report on alcohol and health. Individual Country Profiles: OMS*. Obtenido de sitio web de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ecu.pdf?ua=1
- Ontaneda, M., & Carmen, S. (2015). *Manual de la aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación*. Loja: UTPL.
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Informe Mundial sobre drogas 2011 de Naciones Unidas contra la droga y el delito*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Definiciones relacionadas con la salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (25 de agosto de 2014). *Centro de prensa*. Obtenido de Salud mental: fortalecer nuestra respuesta: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de cultura económica.
- Oyervide, J., & Alfredo, J. (1 de Mayo-Octubre de 2010). *Depresión y factores asociados en Adolescentes de colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca: dspace.ucuenca.edu.ec*. Obtenido de dspace.ucuenca.edu.ec: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19973>
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J., & Del pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Instituto de ciencias para la familia Universidad de Navarra.
- Programa Regional Derechos Fundamentales y Justicia, Región Andina. (1 de Enero de 2015). *Programa Regional Derechos Fundamentales y Justicia Región Andina: cajpe.org.pe*. Obtenido de sitio web de [cajpe.org.pe](http://www.cajpe.org.pe): http://www.cajpe.org.pe/gep/index.php?option=com_content&view=article&id=772:ecuador-el-consumo-de-drogas-se-inicia-a-los-12-anos&catid=53:jovenes-noticias&Itemid=103
- Quizhpe, L., Cuenca, G., & León, R. (2015). *Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación*. Loja: UTPL.
- Real Academia de la Lengua Española, RAE. (1 de Enero de 2012). *Diccionario: Real Academia de la Lengua Española*. Obtenido de sitio web de la Real Academia de la Lengua Española: <http://lema.rae.es/drae/?val=personalidad>
- Rematal, P., & Pablo, S. (2012). *Enfermedades del Ánimo*. Santiago Chile: Mediterráneo.
- Reynaga, O. J. (18 de Octubre de 2011). *El método estadístico: scribd*. Obtenido de sitio web de scribd: <http://www.scribd.com/doc/69226396/metodo-estadistico#scribd>
- Ruiz, T. (2005). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Level Editores.
- Russo, A., & Forsyth, J. (2010). *Una introducción a Terapia de Aceptación y Compromiso*. Miami: Association for Contextual Behavioral Science.

- Sánchez, A. (2009). *Historia de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Santana, A. (2004). *El narcotráfico en América*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to addiction. *Annual New York Academy of Sciences*, 1141, 105-1130.
- UNICEF Staff. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011 - Resumen Ejecutivo: La adolescencia una época de Oportunidades*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF.
- Universidad Complutense de Madrid. (2011). *Personalidad: Conceptos básicos*. Madrid: UCM.
- Universidad Técnica Particular de Loja. (1 de Enero de 2015). *Distribución Nacional del Consumo Problemático de Sustancias y otros Indicadores de Salud Mental en la Comunidad Universitaria: Smart Land*. Obtenido de sitio web de Smart Land: <http://smartland.utpl.edu.ec/es/node/649>
- Vargas, E. B. (2002). *Adolescentes, relaciones románticas y actividad sexual*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Vega, A. (2004). *La acción social ante las drogas. Propuesta de intervención socioeducativa*. Madrid: Editorial Narcea.
- Videra-García, A., & Reigal-Garrido, R. (2013). *Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Villalobos, A., Echeverría, P., León-Sanabria, G., Brenes-Sáenz, J., & Quirós-Morales, D. (s.f.). *Desarrollo de una escala psicométrica para medir factores de estrés, depresión y patrón de conducta tipo A*.
- Yubero, S. (2004). *Drogas y drogadicción. Un enfoque social y preventivo*. España: Universidad de Castilla-La Mancha.

ANEXOS:

Anexo 1. Carta de presentación del proyecto



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN Y DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Señor/ra _____

RECTOR _____

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

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

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

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

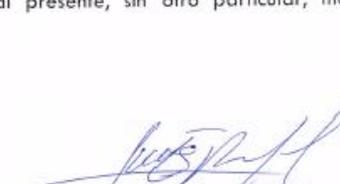
El estudiante con la supervisión de un Director de Tesis (Docente de la UTPL) se compromete en entregar un informe de tipo descriptivo de los resultados obtenidos después de tres meses de haber aplicado los instrumentos.

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

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

Atentamente,


Mgtr. Marina del Rocio Ramirez
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 Yaca Gallegos
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iniguez
Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guévora S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ostuneda M., Pineda N., Vivanco M.

Anexo 2. Batería de evaluación



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

Nombre de la Institución Educativa: _____ Código: _____

Los datos serán los enunciados, y marque con una X en el cuadro la respuesta que mejor describe su realidad.

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	2. Edad:	_____ años
3. Peso:	_____ libras		4. Altura:	_____ cms
5. Nivel de estudios:	<input type="checkbox"/> 1º de bachillerato	<input type="checkbox"/> 2º de bachillerato	<input type="checkbox"/> 3º de bachillerato	
6. Tipo de establecimiento:	<input type="checkbox"/> Fiscal	<input type="checkbox"/> Transaccional	<input type="checkbox"/> Particular	
7. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado / Divorciado	Otro: _____
8. Ocupación principal:	<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Estudiante y trabajador	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Si su respuesta es ciudad y trabajo ¿Cuántos años viene trabajando? _____
9. Zona donde vive:	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Rural		
10. ¿Quiénes viven con usted?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Tío
	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		
11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?	_____			
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?	_____			
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?	_____			
15. En la relación con su actividad física la mayor parte de los días, ¿hace el ejercicio?	<input type="checkbox"/> Ejercicio > 30 minutos al día	<input type="checkbox"/> De 10 a 30 minutos al día	<input type="checkbox"/> No practica deporte	<input type="checkbox"/> No practica deporte competitivo
16. En la relación a la mayor parte de los días ¿puede comer saludable al menos 5 frutas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
17. ¿Le ha recetado algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
18. ¿Cuántos días se ha ausentado de clases en el último año por motivos de salud?	_____			
19. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Hipertensión
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Otros problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Anemia
	<input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de atención o memoria	<input type="checkbox"/> Hipertensión TDAH	<input type="checkbox"/> Ané
				<input type="checkbox"/> Asma
				<input type="checkbox"/> Chikungunya
				<input type="checkbox"/> Dengue
				<input type="checkbox"/> Otras
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?	<input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Normal (ni buena, ni mala)	<input type="checkbox"/> Buena
				<input type="checkbox"/> Muy Buena

¿Sientes que te falta compañía?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que no hay nadie que te ayude?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que haces parte de un grupo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que tienes mucho en común con tus amigos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que ya no tienes amigos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que tus intereses son diferentes a los de tus amigos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que eres una persona diferente a los demás?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que te sientes cercano a las personas que te rodean?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que te sientes excluido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que tienes relaciones afectivas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que nadie te conoce?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que te sientes aislado/a de los demás?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que puedes encontrar amigos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que hay personas que te entienden?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que te sientes tímido/a?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que tienes personas que te apoyan?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Sientes que hay personas con las que puedes hablar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre

¿Se recupera rápidamente después de estar en una situación estresante?	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
¿Tiene tiempo suficiente para hacer lo que quiere?	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
¿Se recupera rápidamente cuando algo le preocupa?	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
¿Se recupera rápidamente cuando algo le preocupa?	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
¿Se recupera rápidamente cuando algo le preocupa?	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo

¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo

¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo
¿Sientes que frecuentemente se ha sentido solo/a en las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Muy a menudo

2. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido tabaco (pajarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cannabis (marihuana, maqui, hierba, hashish, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína (coca, crack, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido anfetaminas (speed, ecstasys, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
8. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido sedantes o pastillas para dormir (Alprazolam, clonazepam, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces	<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> Cada semana

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

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

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

1. ¿Cuántas veces en el último año?	<input type="checkbox"/> 1 ó 2	<input type="checkbox"/> 3 ó 4	<input type="checkbox"/> 5 ó 6	<input type="checkbox"/> 7 ó 9
2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe?	<input type="checkbox"/> 1 ó 2	<input type="checkbox"/> 3 ó 4	<input type="checkbox"/> 5 ó 6	<input type="checkbox"/> 7 ó 9
3. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
4. En el último año ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
5. En el último año ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
6. En el último año ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
8. En el último año ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año.		
10. ¿A algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año.		

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

1. Tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas.	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bastante bien	<input type="checkbox"/> En parte
2. Normalmente me siento presionado por el tiempo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando
3. Soy muy exigente y competitivo.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando
4. Soy autoritario y dominante.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando
5. Como muy rápido.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando
6. A menudo se siente muy presionado por el tiempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> De vez en cuando
7. ¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
8. ¿Alguna vez su trabajo/estudio le ha llevado al límite del agotamiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
9. ¿Alguna vez se siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Anexo 3. Carta de consentimiento informado para padres de familia

**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: _____

Anexo 4. Cronograma de trabajo

Lunes 09 de abril	Solicitud de lista de estudiantes de los cursos que participaran en el proyecto.				
Martes 10 de abril	Entrega de cartas de consentimiento informado para los padres y/o representantes de los estudiantes.				
Miércoles 11 y jueves 12 de abril	Recepción de cartas de consentimiento.				
Viernes 13 de abril	Aplicación de instrumentos.				
Actividades	Día	Hora		Año de bachillerato	Paralelo
		Inicio	Fin		
Presentación y socialización del proyecto	Martes 10 de abril	08:00 am	08:05 am	Primero	A
Instrucciones sobre cómo completar la batería		08:05 am	08:15 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		08:15 am	08:35 am		

Presentación y socialización del proyecto	Martes 10 de abril	08:45 am	08:50 am	Primero	C
Instrucciones sobre cómo completar la batería		08:50 am	09:00 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		09:00 am	09:20 am		
Presentación y socialización del proyecto	Martes 10 de abril	09:30 am	09:35 am	Segundo	A
Instrucciones sobre cómo completar la batería		09:35 am	09:45 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		09:45 am	10:05 am		
Presentación y socialización del proyecto	Martes 10 de abril	10:15 am	10:20 am	Segundo	B
Instrucciones sobre cómo completar la batería		10:20 am	10:30 am		
Aplicación de la batería y recepción de cartas de autorización		10:30 am	10:50 am		

Anexo 5. Carta de asentimiento informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma del investigador:

Fecha: _____

Anexo 6. Carta de consentimiento informado por parte del rector

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

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS**

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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