UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, estudio realizado en una Institución Educativa particular de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, año lectivo 2015-2016

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Lavanda Gavilanez, Gina Elizabeth

DIRECTORA: Zabaleta Costa, Luz Ivonne, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL CENTENARIO

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 DIRECTORIO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Luz Ivonne Zabaleta Costa.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, estudio realizado en una Institución Educativa particular de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, año lectivo 2015-2016”, realizado por Gina Elizabeth Lavanda Gavilanez; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre del 2015

f……

Mgs. Luz Ivonne Zabaleta Costa

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Lavanda Gavilanez Gina Elizabeth declaro ser autora del presente trabajo de titulación: "Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, estudio realizado en una Institución Educativa particular de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, año lectivo 2015-2016" de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo la Mgs. Luz Ivonne Zabaleta Costa directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte permite textualmente dice: Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigación, 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: Lavanda Gavilanez Gina Elizabeth

C.I: 0916445851

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia.

AGRADECIMIENTO

"Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas".

Josué 1:9

Primeramente a Dios por toda su bendición que derrama día a día sobre mí.

A mis hijas Dahouhy y Kristel Bazán Lavanda que en cada momento de mi vida me brindan su comprensión, ánimo y me llenan de ahínco.

Agradezco a mi compañero de vida Oswaldo Bazán por su apoyo de manera activa.

A mis padres Nina y Francisco por el apoyo incondicional que me brindaron durante este proceso.

También un especial agradecimiento a todas las personas que Dios puso en mi camino, para que me ayudaran de una u otra forma en el transcurso de mi formación.

Sencillamente gracias a todos los que formaron parte en este proceso de formación académica.

Gina Lavanda G.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ASPECTOS **Pág.**

CARÁTULA i

APROBACIÓN DEL DIRECTORIO DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN ii

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....iii

DEDICATORIA iv

AGRADECIMIENTO v

ÍNDICE DE CONTENIDOS vi

RESUMEN.....viii

ABSTRACT ix

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO..... 4

1.1. Salud mental. 5

1.1.1. Definición de la salud mental. 5

1.1.2. Factores asociados a la salud mental..... 6

1.1.2.1. Personalidad……...…6

1.1.2.2. Estrés…….....11

1.1.2.3. Apoyo social……14

1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica……15

1.1.2.5. Compromiso vital……16

1.1.2.6. Resiliencia……17

1.1.2.7. Ansiedad y depresión……18

1.1.2.8. Satisfacción vital……..20

1.2. Consumo de drogas.……...……..22

1.2.1. Consumo problemático de drogas..... 22

1.2.2. Consumo problemático de alcohol. 26

1.2.3. Causas del consumo de drogas 29

1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas 30

1.3. Adolescentes. 32

1.3.1. Desarrollo biológico. 32
1.3.2. Desarrollo social. 33
1.3.3. Desarrollo psicológico. 34
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA 36
2.1. Objetivos: 37
2.1.1. General 37
2.1.2. Específicos 37
2.1.3. Preguntas de investigación 37
2.2. Diseño de investigación 37
2.3. Contexto 38
2.4. Población 39
2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación 40
2.5.1. Métodos 40
2.5.2. Técnicas 41
2.5.3. Procedimiento 49
2.5.4. Recursos 50
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS 53
3.1. Datos Psicosociales. 54
3.1.1. Análisis de datos generales. 55
3.1.3 Análisis de resultados respecto al género femenino. 63
3.1.4. Análisis de resultados respecto al género masculino. 69
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS 75
CONCLUSIONES 79
RECOMENDACIONES 80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA 81
ANEXOS 87

RESUMEN

La investigación realizada referente al "Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, estudio realizado en una Institución Educativa particular de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, año lectivo 2015-2016", se seleccionaron variables psicosociales que se consideraron mejores predictores de la salud mental y del consumo problemático de sustancias; fue una investigación de tipo descriptivo, estadístico y trasversal; como técnica para la obtención de datos, se aplicó la encuesta en la que participaron 54 estudiantes en edades entre los 14 a 17 años. En este trabajo participaron la rectora y alumnos de la institución.

Los instrumentos empleados fueron: Cuestionario variables psicosociales, (PAA-14) evalúo el grado de estrés, (UCLA) apoyo social, (TYPE A) tipo de personalidad, (AAQ-7) inflexibilidad psicológica, (BRS) resiliencia, (AUDIT) consumo problemático de alcohol, (ASSIST) consumo de otras drogas, (PHQ.4) ansiedad y depresión y el (LSQ).

Se concluye que la muestra con la que se trabajo es una población protectora de consumo de drogas con alto grado de competitividad proclive a desarrollar problemas de salud.

PALABRAS CLAVES: Salud mental, personalidad, consumo de drogas, adolescentes.

ABSTRACT

The investigation regarding “The analysis of the psychosocial variables associated with mental health in students of first and second year of high school, study in a particular educational institution in the city of Guayaquil, Guayas province, school year 2015-2016" , Were selected different phycosocial variables that were the best predictors of the mental health and subtance use problems; the research was descriptive, statistical and cross-type; as a technique for data collection, 54 students between ages 14 and 17 were survied. The students including the principal of the institution took part in this work.

The instruments used were: Questionnaire psychosocial variables (PAA-14) evaluation of the degree of stress, (UCLA) social support (TYPE A) personality type (AAQ-7) psychological inflexibility, (BRS) resilience (AUDIT) problematic alcohol consumption (ASSIST) use of other drugs, (PHQ.4) depression and anxiety as well as the (LSQ).

We conclude the sample that was working is a protective drug population with a highly level to develop health problems competitiveness.

KEYWORDS: Mental health, personality, drug use, teenagers.

INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de drogas legales e ilegales en adolescente, es un fenómeno psicosocial. Esto, no únicamente porque el número de consumidores problemáticos aumenta, sino también porque las consecuencias negativas de este fenómeno involucran a toda la comunidad y como principal referente a la familia.

La presente de investigación trata sobre el "Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, estudio realizado en una Institución Educativa particular de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, año lectivo 2015-2016".

Este trabajo permite recopilar y analizar información relacionada a las variables que se desprenden de la investigación, a continuación se detalla de la siguiente manera:

Capítulo 1. Corresponde al marco teórico.

Tema 1. Argumento bibliográfico sobre el estudio de la salud mental y los factores asociados a la misma, como la personalidad, el estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad y depresión como la satisfacción vital.
Tema 2. Así mismo hace referencia al consumo problemático del alcohol y diversas drogas legales e ilegales

Tema 3. Por ultimo abarca el estudio del desarrollo biológico, social y psicológico en la adolescencia.

Capítulo 2. Aborda metodología utilizada para la realización de la presente investigación.

Capítulo 3. Hace referencia el análisis, la distribución e interpretación de las variables psicosociales predictores e indicadoras de salud mental y consumo de sustancias en adolescentes.

Capítulo 4. Concluye con la discusión, conclusión y recomendaciones de los resultados obtenidos, así como las referencias bibliográficas y los anexos que formaron parte de la presente investigación.

Este trabajo es importante para la Unidad Educativa investigada, la UTPL y la sociedad en general, ya que los resultados obtenidos permiten realizar un análisis sobre la problemática del consumo de sustancia que ataña a los ecuatorianos en la actualidad.

Los resultados obtenidos permiten, consolidar una línea de investigación en el departamento de Psicología consistente con los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental y Buen Vivir,

A las interrogantes planteadas se dan respuestas gracias a la colaboración de la rectora, representantes y estudiantes, que aportaron para la realización del presente estudio.

Parte de este proceso se plantearon objetivos de tipo general y específico:

El objetivo general consistió en analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y a la salud mental, en los estudiantes de bachillerato, el mismo que se logró cumplir con la aplicación de diez instrumentos en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la unidad educativa investigada. Y para la consecución de este se detallan los objetivos específicos que guía el proceso de investigación:

✓ Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental.

Dicho objetivo se logra alcanzar con la aplicación de los siguientes instrumentos: Media de variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de residencia, etc. (PSS-14) analiza el estrés, (AAQ-7) cuestionario de inflexibilidad psicológica, (UCLA) evalúa el apoyo social y (BRS) cuestionario de resiliencia. Los resultados de estos instrumentos determinan que el 70% de la muestra presenta un alto grado de competitividad, hostilidad, agresividad, impaciencia, que ocasionan problemas de salud, incluyendo trastornos cardiovasculares, sin embargo las variables asociadas a la resiliencia y satisfacción vital son altas, lo que indica que la muestra es capaz de sobre llevar los problemas de manera positiva.

✓ Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias.

Con los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los siguientes instrumentos. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (AUDIT-C), cuestionario de consumo problemático de otras drogas (ASSIST), evaluación de ansiedad y depresión (PHQ-9) y la evaluación correspondiente a la satisfacción vital (LSQ). Se puede definir que la muestra es una variable protectora fuera de riesgo.

✓ Elaborar informes de resultados. Con los resultados de este estudio a la institución educativa participante en conjunto con la Universidad Técnica Particular de Loja, se les otorga el informe del estudio, que permitirá considerar la problemática de variables psicológicas predictores de salud mental y consumo de sustancias que vive la institución.

El desarrollo del presente trabajo es guiado por el equipo de planificación de la UTPL. La metodología aplicada para el efecto es descriptiva, estadístico y transversal.

El establecimiento donde se efectuó la investigación es una unidad educativa mixta, particular, católica, ubicado al sur de la ciudad, con una muestra de 54 alumnos (el 70% mujeres y el 30% hombres) de primero y segundo año de bachillerato, entre las edades comprendidas de 14 a 17 años.

Para el cumplimiento de esta investigación, ha existido plena colaboración de la institución educativa que sirvió de muestra, dando todas las facilita y apertura necesaria para todo el proceso requerido para el buen desarrollo de la investigación.

Se puede contar como limitantes la escasa de colaboración de los estudiantes, ya que el 70% de la población seleccionada se reusaron a participar, esto repercute notablemente al resultado obtenido en la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Salud mental.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud OMS (2013, p.3) Se entiende que “no hay salud sin salud mental”, concebida esta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como “Un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”

1.1.1. Definición de la salud mental.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Mundial de la Salud OPS/OMS define la salud mental como “La condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio de medio”.

Para conceptualizar el término Salud Mental es menester definir qué es la Trastorno Mental. Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-V (2014, P.5) considera trastorno mental como:

> Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Por consiguiente salud mental es: “La capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás o vinculaciones efectivas adecuadas, de tolerar la frustración y de adaptarse a situaciones sociales e interpersonales” Enciclopedia de Psicología Océano (1994, p. 171).

La salud mental tiene que ver con la vida diaria, según Carrazana (2015). Ya qué todo se remite a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la

comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de: ¿Cómo uno se siente frente a sí mismo?, ¿Cómo uno se siente frente a otras personas?, y ¿En qué forma uno responde a las demandas de la vida?

Relacionado a lo anterior se puede concluir que, la salud mental es el equilibrio que tiene el individuo consigo mismo y con su entorno, para lograr un mejor desenvolvimiento en su vida cotidiana, aunque en ocasiones y por múltiples factores tales como deseo, anhelos, habilidades, e ideales entre otras, puede verse afectada, provocando inestabilidad emocional.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental.

Los factores de riesgo de los problemas de salud mental incluyen los malos tratos en la infancia; la violencia en la familia, la escuela y el vecindario; la pobreza; la exclusión social y la desventaja en materia de enseñanza. Las enfermedades psiquiátricas y la toxicomanía en los progenitores, así como la violencia marital, también aumentan la situación de riesgo de los adolescentes, al igual que el hecho de expuestos a las alteraciones sociales y la angustia psicológica que acompañan a los conflictos armados, los desastres naturales y otras crisis humanitarias. El estigma dirigido hacia los jóvenes con trastornos mentales, y las violaciones de los derechos humanos a las que están sometidos, aumentan las consecuencias adversas. UNICEF (2011).

En otras palabras la salud mental puede ser influenciada de manera positiva o negativa, por diferentes factores de modo intrínseco o extrínseco en diferentes etapas de la vida, entre los factores tomados en cuenta en este estudio se encuentran: la personalidad, el estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad depresión y satisfacción vital.

1.1.2.1. Personalidad.

Dentro 1de la psicología surgen varias definiciones de personalidad, Zepeda (2003) cita a Chapin, quien resume de las siguientes maneras:

- ✓ Para Gordon W. Allport es la organización dinámica del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característicos.
- ✓ Catell define como aquellos sistemas que permite predecir qué hará una persona en una situación dada.
- ✓ Murray piensa que es la continuidad de las fuerzas y las formas funcionales, manifestadas mediante secuencias de procesos organizativos reinantes y conductas abiertas, desde el nacimiento hasta la muerte.
- ✓ Para Freud, es la interacción del yo, el superyó y el ello.
- ✓ Adler la definió como el estilo de vida del individuo o su manera característica de responder ante los problemas de la vida, incluyendo sus metas vitales.
- ✓ Finalmente, Jung diría que se trata de la interacción del yo, de los inconscientes personal y colectivo, los complejos, los arquetipos, la persona y el alma.

"En la génesis de toda personalidad se encuentran elementos de origen hereditario y elementos de origen ambiental" Galicia (2007). Esta autora también hace referencia a los siguientes factores constitutivos de la personalidad:

La constitución física. Es el conjunto de características morfológicas, fisiológicas y bioquímicas que caracterizan a un individuo. La constitución física es fundamentalmente heredada. Todo ser humano recibe genéticamente una base estructural bioquímica, glandular, nerviosa, muscular, ósea y sensorial, que determinarán a través del proceso de desarrollo su constitución física.

El temperamento. "Los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad emocional, la fuerza y la velocidad con que acostumbran a producirse las respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad en este estado, considerando estos fenómenos como dependientes en gran parte de la estructura constitucional y predominantemente hereditarios". Allport, (1937)

Hipócrates Padre de la Medicina, clasifica estos temperamentos de la siguiente manera:

Aire Sangre =Sanguíneo.

Tierra Bilis negra =Melancólico.

Fuego Bilis amarilla =Colérico.

Agua Flema = Flemático.

La inteligencia. Es la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas con rapidez y resolver con éxito los problemas.

- ✓ Tipos de inteligencia de acuerdo con el proceso de solución de problemas.

Inteligencia comprensiva. Captar con claridad, precisión y agudeza.

Inteligencia inventiva. Plantear vías de solución.

Inteligencia crítica. Verificar o comprobar la validez de soluciones.

- ✓ Tipos de inteligencia de acuerdo con las distintas situaciones que pueden presentarse.

Inteligencia social. Manejar el lenguaje e influir en los demás.

Inteligencia espacial o concreta. Manejar con eficacia objetos situados en el espacio.

El carácter moral. Es el conjunto de rasgos de personalidad, relativamente perdurables, que tienen importancia moral y social"

Allport (1937) definió un rasgo como: "Un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado, con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente equivalentes para iniciar y guiar formas consistentes de conductas adaptativas y expresiva". A continuación se detalla los tipos de rasgos según el autor:

Rasgos cardinales: Son relativamente poco frecuentes, son tan generales que influyen en todos los actos de una persona.

Rasgos Centrales: Estos rasgos son más comunes, y aunque no en todos los casos, a menudo son observables en el comportamiento.

Rasgos secundarios: Son atributos que no constituyen una parte vital de la persona pero que intervienen en ciertas situaciones.

Así también Galicia (2007) nos habla de las características de la personalidad:

Consistente. Puesto que la personalidad es un rasgo distintivo de cada persona, éste permanece relativamente estable a lo largo del tiempo, influyendo en su comportamiento. Esto no evita que el individuo pueda cambiar su comportamiento debido a factores ambientales o a las necesidades experimentadas.

- ✓ Diferenciadora. La personalidad permite identificar a cada individuo como un ser único. Esta característica se traduce en las distintas reacciones que pueden tener las personas ante un mismo estímulo. La personalidad es única por ser una combinación de factores internos, pudiese ser utilizarla como criterio de segmentación, se pueden destacar uno o varios rasgos comunes.

- ✓ Evolutiva. Aunque la personalidad es un rasgo consistente, puede variar a largo plazo por la interacción con el medio, por las experiencias vividas por el individuo o simplemente, a medida que el individuo va madurando.

- ✓ No predictiva. La personalidad es una compleja combinación de características y comportamientos que hacen difícil la predicción de las respuestas de los consumidores a los estímulos sugeridos.

Walter (2012) señala que la personalidad se divide en dos partes:

Parte innata (Temperamento). Es la base biológica del carácter y está determinado por el proceso fisiológico y factores genéticos que inciden en las manifestaciones conductuales.

Parte adquirida (Carácter). Es el sello que identifica y diferencia a los semejantes, producto del aprendizaje social.

De allí que el DSM-V (2014) establece pautas para diagnosticar y clasificar los trastornos de personalidad de la siguiente manera:

Grupo A: Sujetos extraños o excéntricos

- ✓ Trastorno paranoide de la personalidad: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva

- ✓ Trastorno esquizoide de la personalidad: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.

- ✓ Trastorno esquizotípico de la personalidad: Anormalidades de la percepción, pensamiento, del lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia.

  Los sujetos de este grupo serian: introvertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente e independientes.

Grupo B: Sujetos teatrales y/o impulsivos

- ✓ Trastorno histriónico de la personalidad: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

- ✓ Trastorno narcisista de la personalidad: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.

- ✓ Trastorno antisocial de la personalidad: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.

- ✓ Trastorno límite de la personalidad: Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal. Los sujetos de este grupo se caracterizan por ser: introvertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente y dependientes.

Grupo C: Sujetos ansiosos o temerosos

- ✓ Trastorno de la personalidad por evitación:
  Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.

- ✓ Trastorno de la personalidad por dependencia:
  Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.

- ✓ Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:
  Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

Otros trastornos de la personalidad

- ✓ Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
- ✓ Trastorno depresivo de la personalidad
- ✓ Trastorno autodestructivo de la personalidad
- ✓ Trastorno sádico de la personalidad

En definitiva la personalidad es la diferencia individual y no colectiva de cada persona, un individuo se distingue de otra debido a sus características de nacimiento (ADN), ninguno son iguales a otra por no proceder del mismos genes, ni del entorno ni las condiciones en donde se desarrolla su ciclo de vida; estos factores son condicionante necesaria y son suficientes para marcar las diferencias entre un individuo y el otro.

Desde el ámbito cultural la conducta del individuo, sus pensamientos, y sus actitudes se ajusta a su idiosincrasia según el tiempo y la época.

1.1.2.2. Estrés.

El término “Estrés” es una aportación de un médico húngaro llamado Hans Selye, (1936). Quien hizo un descubrimiento accidental en la Universidad de Montreal, donde observó que los pacientes, independiente de la enfermedad que padecían, presentaban unos síntomas comunes que denominó el “Síndrome general de adaptación”. Gupo OCEANO,(2015. p,80).

Para Morales (2013) el estrés es “Un mecanismo complejo y el ser humano dispone de dos mecanismos:

Mecanismo de supervivencia (se activa cuando estamos ante una amenaza real, las reacciones son de huida, me bloqueo o ataco) y

Mecanismo de adaptación (cuando se activa este mecanismo produce unos cambios en el riesgo sanguíneo del cerebro)".

El problema surge cuando se confunde en mecanismo de supervivencia con el de adaptación.

En resumen según Montes (2015) los factores causantes del estrés son los siguientes:

Factores físicos estresantes y factores emocionales y mentales. Así mismo el autor manifiesta que el estrés presente los siguientes síntomas:

- ✓ Emociones: Depresión o ansiedad, irritabilidad, miedo, nerviosismo, confusión, fluctuaciones del estado de ánimo.
- ✓ Pensamientos: Excesivo temor al fracaso, excesiva autocrítica, olvidos, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, pensamientos repetitivos.
- ✓ Conductas: Tales como risa nerviosa, trato brusco hacia los demás, incremento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, aumento o disminución del apetito, llantos, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas.

Cambios físicos: Tensión muscular, manos frías o sudorosas, insomnio, dolores de cabeza, fatiga, problemas de espalda o cuello, indigestión, respiración agitada, perturbaciones en el sueño, sarpullidos, disfunción sexual.

Montes (2015) considera que existen dos tipos de estrés:

- ✓ Distrés a este tipo de estrés se lo denomina como es el estrés desagradable y negativo, que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga, este también presenta síntomas de desorden fisiológico.
- ✓ Eustrés este es el tipo de estrés positivo que permite organizar las emociones y las sensaciones permitiendo acoplarse con el entorno.

Referente a lo expuesto anteriormente cuando el organismo se encuentra ante situaciones de peligro, se prepara para enfrentarse o huir, lo que origina una serie de cambios biológicos de origen autonómico. En este proceso se distinguen tres fases del estrés, que a continuación se detalla:

- ✓ Fase de alarma o huida.

El cuerpo se prepara para producir el máximo de energía, con los consecuentes cambios químicos. El cerebro, entonces, envía señales que activan la secreción de hormonas, que mediante una reacción en cadena provocan diferentes reacciones en el organismo, como tensión muscular, agudización de los sentidos, aumento en la frecuencia e intensidad de los latidos del corazón, elevación del flujo sanguíneo, incremento del nivel de insulina para que el cuerpo metabolice más energía.

- ✓ Fase de adaptación

Esta fase también llamada de resistencia, que es cuando se mantiene la situación de alerta, sin que exista relajación.

El organismo intenta retornar a su estado normal, y se vuelve a producir una nueva respuesta fisiológica, manteniendo las hormonas en situación de alerta permanente.

- ✓ Fase de agotamiento

Sucede cuando el estrés se convierte en crónico, y se mantiene durante un período de tiempo que varía en función de cada individuo. Esta fase provoca debilidad, se descansa mal, aparece sensación de angustia y deseo de huida. Montes (2015)

La autora continúa definiendo que existen unos parámetros que determinan el nivel de estrés en el que se encuentra una persona:

- ✓ Nivel cognitivo: La persona presenta inseguridad y tiene problemas para concentrarse; no encuentra solución a sus problemas por pequeños que estos sean, y tiene la sensación de haber perdido la memoria.

- ✓ Nivel fisiológico: El estrés se puede presentar mediante síntomas físicos como dolores de cabeza, tensión muscular, alteraciones del sueño, fatiga, enfermedades de la piel.

- ✓ Nivel motor: La persona tiende a realizar acciones no habituales como llorar, comer compulsivamente, fumar más de lo normal, aparecen tics nerviosos.

Por consiguiente el DSM-V (2014) clasifica los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés de la siguiente manera:

- ✓ Trastornos de apego reactivo
- ✓ Trastornos de relación social desinhibida
- ✓ Trastornos de estrés postraumático (incluye el trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años)
- ✓ Trastornos de estrés agudo
- ✓ Trastornos de adaptación
- ✓ Otro trastornos relacionado con traumas y factores de estrés especificado
- ✓ Trastornos relacionado con traumas y factores de estrés no especificado

Después de lo indicado anteriormente se concluye que, el estrés es la tensión provocada por circunstancias angustiosas, que se desarrolla en diferentes fases, cada una de ellas presenten sus propias características que las definen y originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos que puede ocasionar enfermedades físicas.

1.1.2.3. Apoyo social.

El apoyo social según Otero, Lopez, & Alvarez (2010) es "El conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.)".

Así mismo (Otero, Lopez, & Alvarez, 2010) cita Gallar (2006) quien manifiesta que "Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad". Las principales son:

Redes de apoyo social natural.- "Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad".

Redes de apoyo social organizado.- A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento no depende de relaciones afectivas previas y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo y en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

De allí que San Martin (2013) define como apoyo social a:

Un elemento que influye directamente en la satisfacción vital de los adolescentes, pues aborda el bienestar subjetivo de estos, permitiendo comprender la manera o procesos a partir de los cuales forman los juicios sobre el momento, o situación de la vida por la que estén pasando, contexto que a su vez determinará su satisfacción vital.

Con lo antes expuesto se concluye, que el apoyo social, es de vital importancia y es determinado por la presencia relativa de recursos de apoyo psicológicos, pudiendo este proceder de otras personas significativas para el individuo y en ocasiones de su entorno. Así por ejemplo la familia, las amistades, los grupos sociales y las organizaciones de voluntariado, son quienes ofrecen apoyo social y que le permitirá salir de determinada crisis.

1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.

Para Ramos (2015) la inflexibilidad psicológica es aquella que es resistente al cambio:

La falta de flexibilidad es una característica de varios trastornos de la personalidad, como el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de personalidad narcisista. A menudo se encuentra en el centro de un sentido de sí mismo y puede ser difícil de remediar.

La inflexibilidad se refiere a la “Imposibilidad de cambiar los rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento para adaptarse a situaciones cambiantes, lo que hace difícil, desenvolverse socialmente”. (Ramos, 2015).

Por el contrario la flexibilidad psicológica según Henderson (2012) constituye la habilidad de la persona para entrar en contacto con el presente de una forma más completa como ser

humano consciente y a partir de dicho contacto, se decide cambiar el comportamiento problemático o persistir en el comportamiento que se considera necesario para alcanzar las metas.

Tomando como referente los antecedentes conceptuales se vislumbra que: La inflexibilidad psicológica imposibilita al cambio positivo del individuo el mismo que presenta dificultades para adaptare a situaciones diferente, sin descartar la posibilidad de modificar este estando con ayuda profesional.

1.1.2.5. Compromiso vital.

Según el Diccionario de la Lengua Española (2015) La palabra compromiso se deriva del término latín compromissum y se utiliza para describir a una obligación que se ha contraído o a una palabra ya dada.

Según el Diccionario de la Lengua Española (2015) el latín vitalis, vital es aquello perteneciente o relativo a la vida o, en otras palabras, a la existencia o la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir de los seres orgánicos. También puede tratarse de una fuerza interna que permite obrar a aquel que la posee.

Por consiguiente el compromiso vital es la obligación de vivir una vida plena en armonía con uno mismo y su entorno.

Compromiso es la oportunidad que se nos presentan cuando deseamos convertir nuestros sueños en realidad; cuando sentimos la imperiosa necesidad de luchar por lo que creemos; cuando conseguimos superar los obstáculos que se interponen en nuestro camino; cuando los fracasos y dificultades no logran detenernos, y jamás nos damos por vencidos; cuando renunciamos a sentirnos víctimas, y mediante un optimismo y un entusiasmo constantes desafiamos a la realidad, y no descansamos hasta materializar nuestras más vívidas fantasías. Lucia (2015)

Entonces se puede deducir que el compromiso de vital se convierte en la constante búsqueda de la realización de los sueños de individuo, es decir el impulso que permite cristalizar paso a paso cada uno de las aspiraciones personales de cada persona en la vida.

1.1.2.6. Resiliencia.

El concepto de resiliencia fue el descubrimiento de E. Werner, que tuvo lugar durante un prolongado estudio de epidemiología social realizado en la isla de Kauai (Hawai), donde vivían niños con un sin número de dificultades extremas. A pesar de las situaciones de riesgo a las que estaban expuestos, observó que lograban sobreponerse a las adversidades y construirse como personas la posibilidad de un futuro "Anónimo" (2001).

El vocablo resiliencia proviene del latín resalió que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. Rutter (1993) citado por Waak, (2015, p,1).

El término resiliencia hace referencia a la capacidad de afrontar situaciones adversas. La falta de resiliencia tiene manifestaciones concretas en el trabajo, tales como falta de tenacidad para lograr los objetivos, reacciones explosivas ante situaciones de tensión, o resignación pasiva frente a eventos que nos sobrepasan.

De acuerdo a Consuegra (2010), Resiliencia es. "La capacidad de adaptarse exitosamente, de competir o del funcionamiento positivo a pesar de las condiciones de alto riesgo, del estrés crónico o después de trauma grave o prolongado".

De allí que el ser humano tiene la capacidad absoluta de afrontar, resistir y de recuperarse a situaciones adversas, se señala también que el ser humano puede corregir acciones y conductas equivocadas, así como reintegrarse a un nuevo a su vida normal dentro de la sociedad, sin olvidar que es capaz de llevar un plan de vida correcto y útil.

1.1.2.7. Ansiedad y Depresión.

Según el Diccionario de la Lengua Española (2015) La ansiedad es. “Una palabra proveniente del latín anxietas y en español se traduce como angustia o aflicción. Es una condición o respuesta de carácter tanto emocional como cognitiva, que utiliza el cuerpo humano para hacer frente a las diferentes situaciones que contengan cierto riesgo o peligro”.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid (2008) define:

La ansiedad como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Habría que mencionar también, que los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Según la OMS, para decir que un paciente sufre un "trastorno de ansiedad generalizada", se deben tener los síntomas siguientes, la mayor parte de los días, durante 2 o 3 semanas consecutivas:

- ✓ Tensión muscular manifestada por dolor de cabeza, incapacidad de relajación, agitación y dificultades para conciliar el sueño.
- ✓ Hiperactividad del sistema nervioso autónomo manifestada por sudoración, palpitaciones, molestias estomacales, dificultad en la respiración y sequedad de boca.
- ✓ Aprensión, preocupaciones, y dificultad en la atención y concentración

Según el Diccionario de Términos Técnicos de Psicología, define el término depresión, como. “la afección en la que se pierde el interés por cuestiones que anteriormente lo suscitaban, percibiéndose adicionalmente al futuro como una montaña de problemas insolubles, o una reiteración rutinaria de sufrimiento inconducente”. Cosacov (2007)

Existen diferentes tipos de depresiones, pero es muy frecuente distinguir la depresión exógena o reactiva de la depresión endógena o esencial: en la primera, la depresión se debe a una razón externa (pérdida de un familiar próximo, ingreso a la cárcel, expulsión del trabajo, etc.) y en la segunda no existe una razón externa que haga comprensible tal estado. Cosacov (2007)

Teniendo en cuenta que la palabra depresión se utiliza para describir una amplia gama de estados de ánimo. Estos incluyen desde el desánimo hasta un grave problema físico, que afecta la manera de sentirse acerca de uno mismo, de otras personas y situaciones de la vida diaria.

La OMS (2001) define la depresión como. “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Para mejor evaluación referente a la depresión el DSM-5 (2013) establece los siguientes criterios como características de la depresión.

- ✓ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- ✓ Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- ✓ Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- ✓ Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- ✓ Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
- ✓ Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- ✓ Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente auto reproches o culpa por estar enfermo).
- ✓ Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

A causa de que el cerebro genera ciertas sustancias químicas conocidas como neurotransmisores que trabajan para mantener el estado anímico equilibrado. Cuando el cerebro no cuenta con la suficiente cantidad de estas sustancias químicas, el individuo se deprime.

Para Strock M (1994) el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno es valorado a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. (p,2)

Por consiguiente la ansiedad como la depresión son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas. Aunque son distintos, presentan ciertas similitudes que pueden ocasionar confusión al intentar distinguirlos. No obstante la ansiedad resulta como señal de alerta y la depresión como afección en la que pierde el interés por las cosas que en su momento de su vida fueron valiosas.

1.1.2.8. Satisfacción vital.

Leturia (2001) afirma que. “Es un indicador del bienestar psicológico lo que se entiende por satisfacción vital, la valoración o representación de tipo cognitivo que sobre su propia vida emiten las personas o lo que es lo mismo, la valoración global de la propia existencia basada en la comprensión entre la aspiración y los logros conseguidos”.

De acuerdo a Huebner y Diener (2008), citado por (San Martin, 2013) aquellos adolescentes que informan altos niveles de satisfacción vital, tienden a mostrar mejores niveles de funcionamiento en las áreas intrapersonales, y en el área escolar. Por el contrario quienes se encuentran extremadamente insatisfechos con sus vidas, presentan dificultades

importantes que incluyen conducta agresiva, ideación suicida, conductas sexuales de riesgo, consumo de alcohol o drogas, problemas físicos y de alimentación, e inactividad física.

Para Díaz & Alvarado (2007), El componente cognitivo del bienestar sería la satisfacción vital, ya sea de manera global o por dominios específicos, y el componente afectivo refiere a la presencia de sentimientos positivos, lo que algunos autores denominan felicidad.

Por lo que se colige que satisfacción vital es un estado de ánimo propio e individual, que refleja conformidad, felicidad, actitud positiva, valoración y alta autoestima que permite expresar conformidad con su existencia abiertamente en su entorno, el individuo con plena satisfacción vital proyectará y brinda bienestar y podrá realizarse de manera plena en todas sus facetas.

1.2. Consumo de drogas.

Las drogas y sus consecuencias se han convertido en uno de los temas más preocupantes para la sociedad ecuatoriana, lo que ha generado el trabajo coordinado de las autoridades competentes para la formulación participativa del Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013

Teniendo en cuenta que se entiende por droga desde la relación que el sujeto puede establecer como un conjunto de realidades, un fenómeno cuyos alcances son físicos y psicosociales, al mismo tiempo. Físicos en cuanto a la materialidad de la sustancia y sus efectos orgánicos, fisiológicos sobre los individuos. Psicosociales, en cuanto se hallan condicionados por los espacios socioculturales en los que los sujetos se ubican, tanto en lo que tiene que ver al uso como al consumo. CONSEP (2014),

1.2.1. Consumo problemático de drogas.

Entendiéndose como el consumo problemático de drogas, según el CONSEP (2013) "Es un estado de necesidad psicofisiológica que se expresa en el consumo compulsivo de drogas, que produce un deterioro del control del uso y alteración de la cognición".

Las cifras publicadas tanto por los organismos especializados de Naciones Unidas como los de la Unión Europea no dejan lugar a dudas. Un número muy importante de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes, consume sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y, en menor medida, cocaína y drogas de síntesis.

El consumo de droga es: "Tan antiguo como la humanidad y siempre han existido drogas asociadas a la cultura en cada contexto histórico y social. Hoy en día, el incremento del consumo se relaciona con el actual modelo social, que promueve el individualismo, el consumismo, la competitividad, el énfasis en el placer y la desigualdad socioeconómica, entre otras". (Cornejo, 2009, p. 30)

La Organización Mundial de la Salud OMS (2004) define como droga, “Toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

Por consiguiente la clasificación social de las drogas, se entiende aquélla que la sociedad en un determinado tiempo y lugar establece como tal. La clasificación social divide a las drogas en:

Legales: Son las socialmente aceptadas, de producción y distribución dentro del circuito legal. Ejemplos de ellas son: el café, el mate, el tabaco y el alcohol.

Ilegales: Son las socialmente prohibidas. La producción y distribución de estas sustancias se realizan a través de un circuito ilegal clandestino. Por ejemplo, la marihuana, el paco, el éxtasis, la cocaína, el LSD, entre otras.

Según la farmacología y química de productos naturales, define como droga a “Los agentes químicos que al actuar selectivamente sobre el organismo vivo son capaces de curar, aliviar o prevenir enfermedades”. Farmacognosia (2013)

De allí que las drogas se clasifican en:

Las drogas naturales, que proceden de los tres grandes reinos de la naturaleza:

- ✓ Drogas minerales: Sustancias en su forma elemental como el azufre, yodo, hierro, ácidos, sales como el sulfato de magnesio, cloruro de sodio, potasio o calcio.
- ✓ Drogas animales: Utilización de los órganos de los animales generalmente en forma de polvo: polvo de tiroides, extracto de hígado y obtención de los principios activos contenidos en ellos como la insulina, itiroxina.
- ✓ Drogas vegetales: Principios activos contenidos en los distintos órganos de los vegetales, raíces, hojas, flores, frutos, etc. como por ejemplo: reserpina, estricnina, atropina, digitoxina, morfina, vimblastina, galantamina.

Drogas sintéticas o de síntesis:

Las drogas sintéticas son compuestos que se obtienen a partir de la síntesis química y cuya fuente es el laboratorio. Son medicamentos de síntesis la aspirina, el diazepam, indometacina y propanolol.

El consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública. Según la Guía para el promotor de "Nueva Vida" (2015) la problemática del consumo de drogas, apuntan hacia dos vertientes: por un lado, se observa que la edad de inicio en el consumo es cada vez menor; por otro, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas como la venta de cigarrillos y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas; así como en la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil, derivado de las nuevas estrategias de comercialización de la delincuencia organizada, conocidas como “narcomenudeo”.

En el Ecuador el consumo de droga no es penitenciado según, el Art. Nº 364 de la Constitución (2013):

> “Prohibición de detención del usuario.- Ninguna persona será privada de su libertad por el hecho de parecer encontrarse bajo los efectos de sustancias sujetas a fiscalización. Si una persona afectada por el uso de sustancias sujetas a fiscalización hubiere sido conducida a un centro de detención, el director o funcionario responsable del mismo deberá enviarla, dentro de las seis horas siguientes a su ingreso, al instituto asistencial correspondiente, con notificación al Tribunal de Menores respectivo, si se tratare de un menor de edad, o a la oficina más cercana de la Dirección de Migración, si se tratare de un extranjero”.

Tabla 1 dosis máximas de consumo de drogas según el CONSEP (2013)

Sustancias	**cantidades (gramos) peso neto**
1. Marihuana	10 gr.
2. Pasta base de cocaína	2 g.
3. Clorhidrato de cocaína	1 gr.
4. Heroína	0.1 gr.
5. MDA -N-etil-a-metil-3.4metilendioxi-fentilamina	0.015 gr.

6. MDMA -N-a-dimetil-3.4-metilendioxi-fenetilamina (Éxtasis)	0.015 gr.
7. Anfetaminas	0.040 gr.

Fuente: el Telegrafo.com.ec

Elaborado: Policial/2013/18-06-13-policial-droga.

Según informes del Instituto de Neurociencias (2013) se observa que mientras el uso de inhalables disminuye, el de la cocaína se estabiliza lo mismo que el de la marihuana, en relación con el incremento del consumo de las anfetaminas; de ello se deriva no sólo el aumento de consumidores, sino también la ingestión de otras drogas con efectos más potentes, como la heroína.

De allí que Becoña (2002) hace referencia que, cuando se habla de drogas se le ha prestado más atención a las drogas ilegales, especialmente por la epidemia de la heroína, que hemos padecido hace unos años en su nivel máximo, y que hoy está estabilizada, y la epidemia del SIDA en parte asociada a sus consumidores. Pero surgen nuevas sustancias con fuerza como la cocaína y las drogas de síntesis a nivel de consumo, junto al cannabis que se ha ido incrementando sistemáticamente al descender la percepción del riesgo de la misma, incrementarse la demanda, asociarse a la vida recreativa.

Con respecto a la adolescencia Becoña (2002) hace hincapiés que este el período en el que se comienza a despertar hacia la edad adulta, hay cambios físicos, afectivos, psíquicos, más independencia de la familia, se conocen nuevos amigos que pueden influir más o menos en ellos y en su forma de enfrentarse a conductas de riesgo. En esta etapa, los jóvenes realizan un consumo experimental y recreativo, especialmente del alcohol, el tabaco y el cannabis y, en menor medida, de la cocaína y de las drogas de diseño.

En resumen se puede decir que se considera droga o sustancia psicoactiva a cualquier sustancia que altere el normal funcionamiento del cuerpo humano. También cabe destacar que el consumo de estas sustancias puede ser peligroso para la salud del individuo, el bienestar familiar y la sociedad.

1.2.2. Consumo problemático de alcohol.

El alcohol es una de las drogas más consumidas en nuestra sociedad, muchas personas acompañan sus actividades sociales con el alcohol y es aceptado como un acompañamiento placentero de las relaciones y los encuentros sociales. Esta percepción del alcohol ha contribuido a extender su consumo, no sólo entre los adultos, sino también entre los jóvenes y los adolescentes, que se inician en edades muy tempranas. (Anchundia, 2014)

Según el Gobierno de la Rioja (2015) Las bebidas alcohólicas se pueden clasificar en dos grupos según el proceso de elaboración: las bebidas fermentadas y las bebidas estiladas.

Las bebidas fermentadas (cerveza, sidra, vino, etc.) proceden de la fermentación natural de los azúcares contenidos en diferentes frutas usadas para la elaboración del producto alcohólico (uvas, manzanas...).

La concentración de etanol en estas bebidas se encuentra entre un 2% y un 6% en las cervezas de destilación natural y productos similares y entre un 10% y un 20% en los vinos y otros productos similares.

Las bebidas destiladas (vodka, whisky, ron, ginebra, tequila, aguardientes, etc.) proceden de la depuración y destilación de las bebidas fermentadas, de esta forma se obtienen mayores concentraciones de alcohol, llegando a tener una concentración de etanol entre un 35% y un 60%, dependiendo de la bebida.

Entendiéndose como alcohólico según la Organización Mundial de la Salud OMS (2014) “Aquel bebedor excesivo cuya dependencia del alcohol hubiese alcanzado tal nivel que diera lugar a claros trastornos mentales y somáticos, o a conflictos en sus relaciones interpersonales, sus funciones sociales y laborales”.

Para Orejuela (2004) “La conducta de un embriagado difiere mucho de sus habituales modos de comportarse. Los cambios producidos por estilismo agudo son temporales pero la ingestión continua de alcohol puede producir perturbaciones de la inteligencia y de la personalidad más duradera, e incluso irreversibles”. (p, 100)

El alcohol actúa deteriorando áreas cerebrales cuya función específica se entra en el aprendizaje, memoria, habilidades verbales y percepción visual o especial. Más alteraciones se evidencian en el campo de la resolución de problemas, pensamiento abstracto, atención y concentración. Dichas alteraciones tendrán evidencias en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta, ya que el proceso alcohólico afecta el comportamiento social, laboral y familiar del individuo, así como su salud física, con enfermedades tanto mentales como orgánicas muy graves. (Julieta, 2014)

Según Valarezo (2014) "El ambiente familiar y social influye para el consumo de alcohol citado por (Anchundia, 2014)

> Hay un ambiente proclive, familiar y social, al consumo de alcohol; que se ha hecho evidente especialmente en esta última década: fiestas sociales, cumpleaños, reuniones de amigos y compañeros de colegio, son buen momento para consumo de alcohol. No termina bien una tarde deportiva si no es con cervezas. No existe mejor patrocinador deportivo que el licor; toda esta situación está aunada a la gran carga publicitaria que nuestros jóvenes reciben hoy.

Estos factores contribuyen a que las estadísticas de inicio temprano de consumo de alcohol se hayan aumentado exponencialmente, llegando incluso a pensar que un 70% de los jóvenes antes de los 18 años ya han consumido alcohol y en ocasiones otras drogas, especialmente cocaína y ahora heroína de tan fácil acceso.

De allí que el alcoholismo es una enfermedad y, por lo tanto, debe tratarse como tal.

Sugñay (2014) Hace referencia que el problema no es solo consumo de alcohol, sino el poli consumo de diversas sustancias: el 80% de los que beben es fumador; el tabaco y el alcohol se potencian mutuamente: las lesiones cerebrales producidas por ambos tóxicos son mayores cuando se consumen a la vez.

El alcoholismo no está fijado por la cantidad de alcohol que se tome; las personas pueden seguir un patrón diferente, como tomar alcohol diariamente o semanalmente, explica Sugñay (2014). Es muy común que el alcohólico niegue su problema, llamándose a sí mismo "bebedor social" y aunque comprende que le hace daño, está prisionero de su enfermedad, y "su fuerza de voluntad", aniquilada por la lesión cerebral que limita su juicio y la razón. Una

persona que no sea alcohólica tiene libertad para beber o para no beber. En cambio, el alcohólico ha perdido las riendas del alcohol y ya no es él quien manda, sino el tóxico.

El alcoholismo dentro de la Legislación Ecuatoriana, según el Art, 8 del Decreto Ejecutivo 551(18-10-2010).

Para efecto del cumplimiento de la Ley Orgánica de transporte, y este Reglamento; se consideran como nivel máximos de alcohol permitidos: 03 gr/lt de alcohol por litro de sangre o 0.15 mg/lt de alcohol en aire expirado para quien conduzca un vehículo automotor".

Dentro de la problemáticas por el consumo de alcohol Anchundia (2014) describe lo siguiente:

El alcohol, a pesar de ser una droga de venta legal, es altamente adictivo. El adolescente que lo consume incrementa 4 veces la probabilidad de padecer trastorno de personalidad e incrementa el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años de edad.

- ✓ Muchos actos violentos son producto de la desinhibición del lóbulo frontal cerebral dejando al cerebro sin control cortical.

- ✓ Enfermedades mentales tipo depresión severa, estados de ansiedad y propensión al suicidio son más frecuentes en adolescentes que consumen alcohol.

- ✓ El adolescente consumidor de alcohol es más propenso a actividades sexuales de riesgo.

Según El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos publicó el 22 de julio del 2013 un estudio sobre el consumo de alcohol en el Ecuador. Según la cifras, 912.576 personas consumen bebidas alcohólicas. El 89,7% son hombres y el 10,3% son mujeres. La encuesta fue realizada a mayores de 12 años e incluye el consumo de bebidas destiladas, cerveza y vino. Las personas entre 19 y 24 años son las que más consumen de bebidas alcohólicas con 12%, seguidas por las de 25 a 44 años con 11,5%, de 45 a 61 años con un porcentaje de 7,4%, los mayores de 65 años con 2,8% y la población menor de 18 años con un 2,5%.

La cerveza es la bebida alcohólica preferida por quienes consumen licores con un 79,2% El lugar más recurrente donde se consiguen las bebidas alcohólicas es la tienda de cada barrio. 41% de las personas que consumen alcohol lo hacen semanalmente. Galápagos es la provincia donde más consumo de alcohol se registra en el país y Bolívar es la que menor consumo tiene. Diario el Comercio (2013)

Tomando como referente los antecedentes conceptuales se concluye que, las razones para el uso de bebidas alcohólicas han sido diversas y con diferentes propósitos, dependiendo de la cultura y de la zona, tomar alcohol ha significado un gesto o un símbolo de celebración, festejo, de amistad e integración. En la actualidad la ingesta de alcohol a nivel mundial es representa un gran problema de salud pública, es considerada una potencial droga legal, por lo que el control y la prevención se hacen difíciles como temas de salud pública.

1.2.3. Causas del consumo de drogas

Hay personas que presentan en su personalidad rasgos proclives a la “búsqueda de sensaciones”, esto es algo que puede facilitar el desarrollo de adicciones. Esta precisión se debe a que las sustancias externas que alteran las funciones cerebrales pueden llevar a quien las consume con periodicidad y abuso a desarrollar dependencia o adicción a ellas.

Existen varias causas por las cuales una persona podría empezar a consumir drogas, Sugñay (2014) menciona las siguientes:

- ✓ Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinados productos.
- ✓ Presión de los pares: Pertenecer a un grupo o ser aceptados por otros.
- ✓ Tener experiencias nuevas, placenteras, emocionales o peligrosas.
- ✓ Expresar independencia y a veces hostilidad.
- ✓ Personalidad mal integrada.
- ✓ Desajuste emocionales, intelectuales, y sociales.
- ✓ Descontento de su calidad de vida, ausencia de proyecto de vida.
- ✓ Carencia de autoestima.
- ✓ Falta de información acerca de los peligros del uso indebido de drogas.

- ✓ Ambiente desfavorable, crisis familiares y fácil acceso, a menudo, a sustancias que producen. Dependencia.
- ✓ Escapar del dolor, la tensión o la frustración.

Sugñay (2014) también menciona como causantes del consumo de sustancias a las posibles propiedades farmacodinámicas de las drogas pueden ser, según la droga empleada:

- ✓ Alivio del dolor de la ansiedad.
- ✓ Disminución de las inhibiciones.
- ✓ Sensación de bienestar.
- ✓ Relajación y embotamiento de la conciencia.
- ✓ Sensación de alivio de la fatiga.
- ✓ Producción de estados eufóricos, etc.

Calafat (1999) hace referencia que "En el consumo de sustancias se ha comprobado que uno de los predictores más poderosos es el de mantener vínculos más estrechos con los amigos que con la familia, amigos que consumen drogas, que hablan mucho sobre ellas y que muestran actitudes favorables o permisivas hacia las mismas".

Relacionado con lo antes mencionado por diferentes autores, se puede concluir que, el consumo de sustancias con las amistades que mal informan sobre el tema, otro punto muy importante es la ausencia de los padres que en busca de su independencia personal, profesional y económica, dejan expuestos a los adolescentes al amplio mundo de las drogas; a la importancia que ellos les da a su imagen corporal y la pertenencia y aceptación de un grupo "popularidad".

1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas

Estas consecuencias son muy diversas Sagñay (2014) las clasifica en tres grupos:

- ✓ Salud: El consumo de drogas origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos. Por ejemplo, hepatitis, cirrosis, trastornos cardiovasculares, depresión, psicosis, paranoia, etc.

- ✓ Social: Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación.
- ✓ Economía: Dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se crean bandas organizadas; se produce desestabilización económica nacional, etc.

El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, así como sus consecuencias, según Guía para el promotor de "Nueva Vida" (2015) “Son fenómenos crecientes en el mundo debido a que tanto los países productores de drogas como los de tránsito se convierten en consumidores, lo que genera mayores problemas de salud, de gobernabilidad, de cumplimiento de las leyes, de convivencia y de paz social”.

Becoña (2002) recalca las graves consecuencias que se producen por el consumo de drogas, “Concierne a la esfera física, psicológica, familiar, social y económica”.

Por lo antes investigado se concluye que, las consecuencias del consumo de drogas, deterioran la salud: física, mental, psicológica y que se ven afectadas como consecuencia la familia y la sociedad, por lo tanto es importante emprender con campañas permanentes de prevención en el uso de drogas.

1.3. Adolescentes.

De acuerdo a lo mencionado por las OMS (2010), la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que se inicia de 11 años y culmina a los 19 años. Los cambios que se producen en este estadio dependen de los factores biológicos, psicológicos y sociales, dependiendo de cómo estos se convienen dan lugar a patrones de maduración, propiciando las diferencias individuales.

1.3.1. Desarrollo biológico.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2015) define la adolescencia como:

La etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Papalia, Wendkos y Duskin (2009, p.356) consideran que los cambios biológicos de la pubertad señalan el final de la niñez, dando como resultado un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual. Estos impresionantes cambios físicos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empieza antes del nacimiento y cuyas ramificaciones psicológicas continúan en edad adulta.

Así mismo Kail, Cavanaugh (2006) indica que la pubertad presenta dos tipos generales de cambios que marcan la transición de la niñez a la adultez joven:

Cambios físicos, que muestra un notable aumento del peso y de la altura.

Maduración sexual, incluye los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias, como el vello facial y corporal así como el crecimiento de la mamas.

Papalia, Wendkos y Duskin (2009, p.372) manifiestan que existe un rango aproximado de siete años para el inicio de la pubertad en niños y niñas. El proceso, por lo general, lleva cerca de cuatro años para ambos sexos y empieza dos o tres años antes en las niñas, que en los varones. Los cambios incluyen la maduración de los órganos reproductivos que marca el inicio de la ovulación y menstruación en las mujeres y la producción de esperma en los varones.

Acuñando a la investigación Kail, Cavanaugh (2006) señala que la pubertad comienza con un aumento sostenido en la producción de hormonas sexuales. Así también manifiesta que son personas de estados de ánimo inestables, pasan de la alegría a la tristeza, de la irritación al enojo durante la mañana o el medio día, esto se le atribuye a los cambios hormonales.

Estos estudios se centran en la adolescencia temprana y tardía de acuerdo a los autores estudiados, en relación a las teorías expuestas se concluye que, el desarrollo biológico en los adolescentes se produce en la pubertad y es la transformación del cuerpo del infante hacia el cuerpo del adulto, con la capacidad de reproducirse. Pero la parte física no es exclusividad en esta etapa, estos incurren en cambios, psicosociales y cognitivo, siendo parte del proceso normal del desarrollo humano.

1.3.2. Desarrollo social.

Según J, Palacios (2013) el desarrollo social es:

Es el proceso por el cual cada ser humano se convierte en un miembro activo y de pleno derecho de la sociedad de la que forma parte. Este proceso no termina a una edad concreta, aunque principalmente se da durante la infancia, pero ese aprendizaje va cambiando y evoluciona mediante el desarrollo de la persona.

Papalia, Wendkos y Duskin (2009, p.376) La adolescencia es “una construcción social”. Para Robert V. Kail, (2006, p. 9) “el desarrollo humano estaría inexplicablemente ligado al contexto donde tiene lugar”.

La organización Health y Childer, (2015) indica que, la vida de un niño se desarrolla principalmente dentro de la familia. Pero la adolescencia tiene el efecto de una roca que cae al agua, ya que su círculo social repercute hacia afuera para incluir amistades con los miembros del mismo sexo, del sexo opuesto, diferentes grupos sociales y étnicos y otros adultos, como un maestro o entrenador favorito. Finalmente, los adolescentes desarrollan la capacidad de enamorarse y formar relaciones amorosas.

Podemos concluir que el desarrollo social en los adolescentes se inicia con las familias en la que se atribuyen relaciones de convivencia y aprendizaje de normas, estos interventores son quienes propician la integración social, la aceptación social y la pertenencia a un grupo. Ha de tenerse en cuenta que para un adolescente es importante sentirse aceptado y tener sentido de pertenencia a un grupo.

1.3.3. Desarrollo psicológico.

Según la teoría de Piaget “El desarrollo psicológico es una construcción progresiva que se produce por interacción entre el individuo y el medio ambiente” por otro lado, Erikson (1968) sostuvo que “El adolescente encara una crisis entre la identidad, y la confusión de papeles. La crisis consiste en equilibrar el deseo de los yo posibles con la necesidad de su identidad de seleccionar uno solo”.

Los cambios psicológicos más importantes según Consuegra (2010) son los signos de autonomía (manteniendo sin embargo los lazos que los unen a sus padres y familiares), distanciamiento de los adultos que hasta ahora influían de manera importante en su vida, excesiva preocupación por la apariencia física, egocentrismo, búsqueda de identificación con su grupo de pares, rebeldía, entre otras.

En la adolescencia se afronta diversas tareas que tienen que ver con el desarrollo y madurez. Los cambios físicos, madurez sexual, afectiva, intelectual, social y personal, implican una mayor flexibilidad en el uso de la información y la integración de aspectos del pasado, para enfrentar los desafíos del presente y hacer planes para el futuro Moreno (2007).

En conclusión el desarrollo psicológico en la adolescencia es transitorio pero importante ya que da lugar al fortalecimiento de su carácter y formación personal.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General

A lo largo de la investigación se ha mantenido el objetivo general "Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental a nivel nacional en los estudiantes de bachillerato 2015".

2.1.2. Específicos

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

2.1.3. Preguntas de investigación

Las interrogantes básicas a responder en esta investigación son:

- ✓ ¿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

La presente investigación es de tipo descriptiva porque consiste en identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias

estupefacientes además conocer las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de la situación.

2.3. Contexto

La presente investigación se desarrolló en una Unidad Educativa, ubicada al sur de la ciudad de Guayaquil, en la Av. 25 de Julio y Santa Mónica, parroquia Ximena. La Institución se creó en 1992 como un proyecto de educación religiosa-particular para los niños y niñas, de esta zona. En la actualidad la institución instruye a 1094 estudiantes desde pre escolar a tercer año de bachillerato.

Como organización cuenta con los elementos estratégicos, que son los que dirigen sus actividades cotidianas, enunciados así.

Visión

Formar a la niñez y juventud, en el conocimiento teórico y práctico de los valores Humanos, Cristiano y Franciscanos, tales como verdad, sinceridad, respeto, derecho y deberes humanos, democracia, paz, perdón, solidaridad e identidad.

Dar una cultura globalizada cristiana y una tecnología humanista, orientadas a que los alumnos puedan desarrollar cualidades especiales, artísticas, científicas y técnicas, de manera que sean agentes de su propio desarrollo y líderes de la sociedad que les toque vivir, constituyéndose en protagonistas de nuevos procesos de aprendizaje.

Misión o Naturaleza

Educar a la niñez y a la juventud en la práctica de valores humanos y religiosos para una convivencia pacífica entre compañeros y más tarde en la sociedad.

Dar una formación integral y crear nuevos procesos de aprendizaje, a fin de que sea éste un santuario donde se forme y eduque a la niñez y juventud en lo humanístico, católico comprometido, científico y técnico, hasta que sean profesionales que presten un servicio cualificado, honrado y con una conciencia de libertad.

Que los bachilleres posean una fuerte personalidad, siendo agentes para cambiar su entorno y plantear alternativas a nivel local, provincial y nacional, acorde a los tiempos.

Basados en la misión fundadora de las Hnas. Franciscanas de la Inmaculada**.**

El objetivo general de este marco educativo es educar a los alumnos para que opten siempre por la paz y el bien, en un ambiente fraterno justo y solidario.

Para que sean personas:

Capaces de vivir en amistad, abierta siempre a todo lo creado.

Liberadoras de sí mismo.

Plena de sentido y misión, ante de Dios, ante sí mismo y ante los demás.

Como:

En un clima de dulzura, amabilidad, confianza, sencillez, bondad, alegría y diálogo.

Dentro de la libertad responsable que favorezca el espíritu crítico y creador.

Desde el respeto gozoso de las diferencias personales, valorando lo que cada persona es para sí misma y los demás.

2.4. Población

Dado que los principales adjetivos de estudio eran seleccionar las variables psicosociales predictores de la salud mental y del consumo problemático de sustancias, la muestra se obtuvo mediante el muestreo causal accidental no experimental.

Tabla N. 2 Población de estudio.

Año Bachillerato	N. Estudiantes	Genero		Edades			
		M	F	14	15	16	17
1	28	8	20	9	18	1	0
2	26	8	18	0	13	13	0
		16	38	9	31	14	0

Total	54	54	54

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

La población objeto de estudio se incluyeron todos los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, del sexo femenino y masculino, siendo un total de 54 divididos en:

- ✓ 28 estudiantes de primero y,
- ✓ 26 estudiantes de segundo año de bachillerato.

La muestra objeto de investigación distribuida por sexo.

- ✓ 16 estudiantes de sexo masculino y
- ✓ 38 estudiantes de sexo femenino.

La muestra va desde los 14 hasta los17 años, de la sección diurna, legalmente matriculados, en el establecimiento educativo mixto.

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1 Métodos

A continuación se describen los métodos que se los se utilizaron durante el proceso de investigación:

2.5.1.1. El método descriptivo

“Consiste en evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo” (Acero, 2012)

Se escogió este método porque permitió explicar y analizar las variables relacionadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes en los estudiantes del primero y segundo año de bachillerato.

2.5.1.2. Método estadístico

"Consiste en una secuencia de procedimientos para el manejo de Los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación" (Obregón, 2015)

Permitió organizar la información obtenida como la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.

2.5.1.3. Método transversal

"Consiste en la selección de muestras de sujetos que han nacido en años diferentes, pertenecen a generaciones diferentes, su observación se realiza en un único momento histórico" (Rice, 1997)

Se seleccionó este método 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 el mismo tiempo se aplica todos los instrumento, sin esperar que la muestra evoluciones o cambien.

2.5.2. Técnicas

Entre las técnicas que se utilizaron para la elaboración de la investigación son las siguientes:

Técnicas de investigación bibliográfica

Para la recolección y análisis de la información teórica, se utilizaron las siguientes técnicas:

- ✓ La lectura, como un medio importante para seleccionar, aportes teóricos, conceptuales y metodológicos.
- ✓ El resumen o paráfrasis, medio que permitió presentar un texto original de forma abreviada; permitiendo favorecer la comprensión del tema, entender mejor el texto y así poder redactar con exactitud y calidad.

Técnicas de investigación de campo:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta, que permite recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio (ver anexo 6).

Forma de aplicación: colectiva.

Dirigido a alumnos de primero y segundo año de bachillerato.

Duración de aplicación: 30 minutos (según la capacidad lectora).

Materiales: hojas de instrumentos y boligrafo.

La batería está compuesta por 10 instrumentos. Se seleccionaron las siguientes escalas psicométricas para la medición de las mismas, a continuación la descripción de cada una de ellas:

a. Cuestionario de variables psicsociales.

Este instrumento realiza la evaluación de datos sociodemográficos, las variables que evaluó son: variables psicosociales y de salud, consta de 20 ímtes.

Variables psicosociales

1. Sexo
2. Edad: (años)
3. Peso: (libras)
4. Altura
5. Nivel de estudios
6. Tipo de establecimiento
7. Estado civil
8. Ocupación principal

9. Zona donde vive
10. ¿Quiénes viven con usted?

Variables de salud

11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?
13. En un día normal ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?
15. En relación con su actividad física la mayor parte de los días, fuera del establecimiento:
16. En relación a la mayor parte de los días ¿suele comer verduras o al menos 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?

b. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983).

Evaluó 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, consta de 14 imts.

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 v 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?

c. Un cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004).

Evaluó la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional, consta de 20 ítems.

1. ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?
2. ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?
3. ¿Con qué frecuencia sientes que no hay nadie que puedas pedir ayuda?
4. ¿Con que frecuencia te sientes solo/a?
5. ¿Con que frecuencia sientes que haces parte de un grupo de amigos/as?
6. ¿Con que frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?
7. ¿Con que frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?

8. ¿Con que frecuencia sientes que tus intereses e ideas no son compartidos por quienes te rodean?
9. ¿Con que frecuencia sientes que eres una persona sociable y amistosa?
10. ¿Con que frecuencia te sientes cercano a las personas?
11. ¿Con que frecuencia te sientes excluido?
12. ¿Con que frecuencia sientes que tus relaciones sociales no son significativas?
13. ¿Con que frecuencia sientes que nadie te conoce realmente bien?
14. ¿Con que frecuencia te sientes aislado/a de los demás?
15. ¿Con que frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas?
16. ¿Con que frecuencia sientes que hay personas que realmente te comprenden?
17. ¿Con que frecuencia te sientes tímido?
18. ¿Con que frecuencia sientes que tienes personas alrededor, pero no están contigo?
19. ¿Con que frecuencia sientes que hay personas con quien puedas hablar?
20. ¿Con que frecuencia sientes que hay personas con las que puedes contar?

d. Type A Behavior Scale (personalidad tipo A)

Evaluó 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, consta de 10 ítems.

1. Tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas.
2. Normalmente me siento presionado por el tiempo.
3. Soy muy exigente y competitivo.
4. Soy autoritario y dominante.
5. Como muy rápido.
6. ¿A menudo se siente muy presionado por el tiempo?
7. ¿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 si siente inseguro, incómodo, o insatisfecho con su rendimiento académico?
10. ¿Se siente molesto cuando tiene que esperar algo o a alguien?

e. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011).

Evaluó 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, consta de 7 ítems.

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.

f. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008). Evalúa el grado resiliencia.

Evaluó la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés u situaciones adversas, consta de 6 ítems.

1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles.
2. Lo paso mal superando situaciones estresantes.
3. No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante.
4. Para 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.

g. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008).

Identificó 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 y consta de 10 ítems.

1. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cócteles, 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 aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?
7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?
8. En el último año ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió
9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?
10. ¿A algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?

h. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010).

Evaluó el consumo de sustancias en los últimos tres meses para lograr

Esta evaluación presenta 11 ítems.

1. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido drogas?

2. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.)?
3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc.)?
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)?
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína (coca, crack, etc.)?
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido anfetaminas (speed, éxtasis, etc.)?.
7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)?
8. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolan, clonazepan, etc.)?
9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)?
10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido opiáceos (heroína, morna, metadona, codeína, etc.)?
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido otras sustancias psicoactivas?

i. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010).

Evaluó la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas 2 semanas, costa de 9 ítems.

1. Poco interés o agrado al hacer las 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.

j. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012).

Se dio respuesta a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos.

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

2.5.3. Procedimiento.

Para la realización del presente trabajo de investigación se procedió de la siguiente manera:

I. Identificación de las siguientes variables psicológicas y escalas psicométricas de medida:

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

II. Se seleccionó la institución educativa, particular, mixta que acoge a estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, de la sección diurna.

III. Se solicitó una cita con la Rectora de la institución, donde se le explicó sobre el proyecto, los objetivos y los instrumentos que se aplicaron. (Ver anexo 1)

IV. Obtención de consentimiento de la Rectora de la Unidad Educativa. (Ver anexo 2 y 3)

V. Preparación del material a utilizar para la investigación, según el número de estudiantes de primero y segundo año de bachillerato. Se solicitó a secretaria copia del listado de los alumnos legalmente matriculados en el periodo lectivo 2015-1016.

VI. Se fotocopio 159 juegos de instrumentos, consentimiento para los representantes y asistimiento para los alumnos.

VII. Presentación y explicación del proyecto a los estudiantes (población).

VIII. Envío del consentimiento informado al representante legal de los estudiantes.

IX. Recepción firmada del consentimiento. (Ver anexo 4)

X. Entrega y recolección del asistimiento a los estudiantes que participan como muestra. (ver anexo 5)

XI. Aplicación de los instrumentos a los estudiantes autorizados.

XII. Codificación de las baterías que se aplicaron; inicial de la ciudad, abreviación de la institución curso y paralelo, secuencia según el número de lista.

XIII. Sistematización de datos, los mismos que fueron organizados, tabulados y graficados utilizando las herramientas estadísticas y las matrices en Excel construidas por el equipo de investigación de la UTPL, subidas en el entorno virtual de aprendizaje (EVA).

XIV. Una vez que los datos fueron sistematizados y asociados a la realidad investigada, tomando en cuenta el método descriptivo nos lleva esto a obtener aspectos que permitieron llegar 1a las conclusiones, y recomendaciones.

2.5.4. Recursos

a. Talento Humano.

Los talentos humanos que intervinieron en la investigación fueron:

Equipo de planificación de la UTPL.

Rectora de la Unidad Educativa.

54 representantes legales de los estudiantes.

54 estudiantes de primero y segundo año de bachillerato.

Un profesional en formación de la titulación de psicología de la UTPL.

b. Recursos Materiales.

Los recursos materiales que se utilizaron en la investigación fueron:

Resma de papel bond tamaño A4.

Cartuchos de tinta para impresora.

CD en blanco.

170 copias del consentimiento informado para los representantes legales.

170 copias del asentimiento informado para los estudiantes.

170 juegos de trest, consta de tres páginas,

50 esferos.

Los medios tecnológicos que se utilizaron fueron:

Una computadora con internet.

Impresora.

c. Recursos Económicos.

En la siguiente tabla se detalla los costos aproximados del trabajo de investigación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
	Asesoría Seminario de fin de titulación		$ 450.00
	Transporte a seminario		$ 200.00
3 días	Hospedaje	$ 15.00	$ 45.00
	Alimentación		$ 15.00
	Movilización varias		$ 50.00
800	Copias de instrumentos	$ 0.05	$ 40.00
50	Esferos	$ 0.20	$ 10.00
1	Resma de papel bond	$ 3.65	$ 3.65

5	Anillados	$ 2.00	$ 10.00
4	Tinta para impresora	$ 15.00	$ 60.00
	Imprevistos		$ 50.00
		TOTAL	$933.65

d. Recursos Institucionales.

Universidad Técnica Particular de Loja.

Unidad Educativa objeto de estudio

CAPÍTULO 3:

ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Datos Psicosociales.

Para la presente investigación participaron 54 adolescentes, a los que se le aplicó una ficha psicosocial, proporcionando datos de identificación del participante, como: sexo, edad y año de bachillerato.

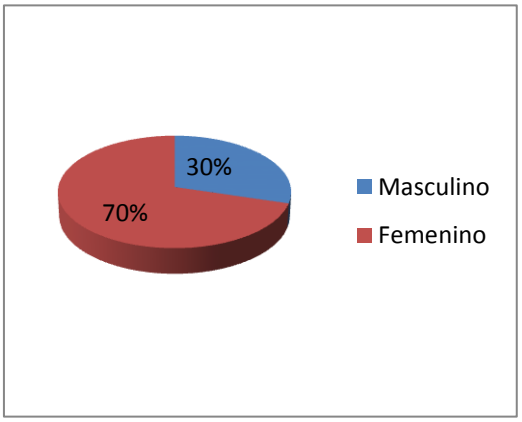

Figura 1. Clasificación por sexo

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Tabla 2. Clasificación por sexo

SEXO	
Masculino	**Femenino**
16	38

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la figura 1, podemos verificar que de la población investigada, el 30% pertenece al género masculino y el 70% corresponde al género femenino. Lo que indica que la mayor población de la investigación es representada por el sexo femenino. Así lo corrobora la tabla 2.

Referente a la edad de los participantes en están investigación.

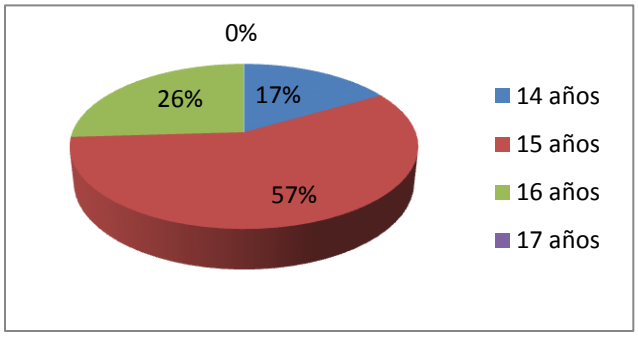

Figura 2. Clasificación por edad

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Tabla 3. Clasificación por edad

EDAD			
14 años	**15 años**	**16 años**	**17 años**
9	31	14	0

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

En cuanto a la variable edad el 57% de la muestra poseen 15 años siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 26% tienen 16 años y finalmente el 17% tienen 14 años (ver figura 2). Lo cual indica que la muestra investigada está representada mayormente por adolescentes de 15 años de edad (ver tabla 3).

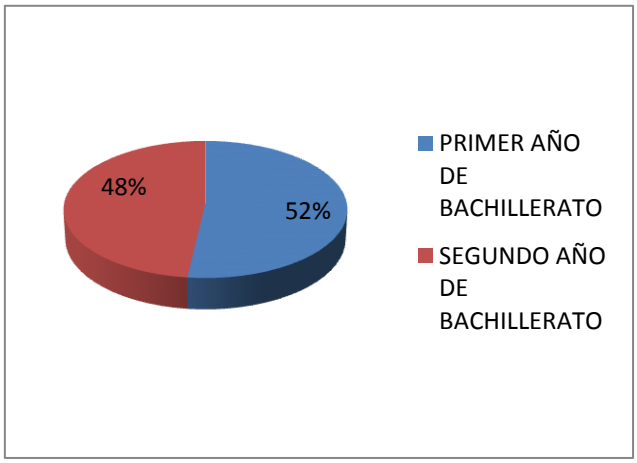

Figura 3. Clasificación por año de bachillerato

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Tabla 4. Clasificación por año de bachillerato

AÑO DE BACHILLERATO	
PRIMER AÑO DE BACHILLERATO	**SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO**
28	26

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Del total de la muestra (n= 54), el 52% cursan el primer año de bachillerato y el 48% el segundo año de bachillerato (ver figura 3).

Considerando la variable año de bachillerato de la figura 3 y la tabla 4, existe mayor número de investigados en el primer año de bachillerato con un porcentaje de 52%, respecto al 48% del segundo año de bachillerato.

3.1.1. Análisis de datos generales.

En este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados, se debe considerar 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:

0 – 4 = Bajo

5 – 5 = Medio

6 – 10 = Alto

Tabla 5. Resultados de los instrumentos.

TABLA 1. RESULTADO DE TEST		
	PROMEDIO	TOTAL
Perceived Stress Scale (PSS-14)	28	5
Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	23	5
Alcohol Use Disorders Identification Test Self Report Version AUDIT	2	0
Type A Behavior Scale	7	7
UCLA Loneliness Scale Revised-Short	53	7
Brief Resilience Scale (BRS)	3	6
Otras drogas (ASSIST)	1	0
Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	9	3
Satisfaction Life Question (LSQ)	7	7

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

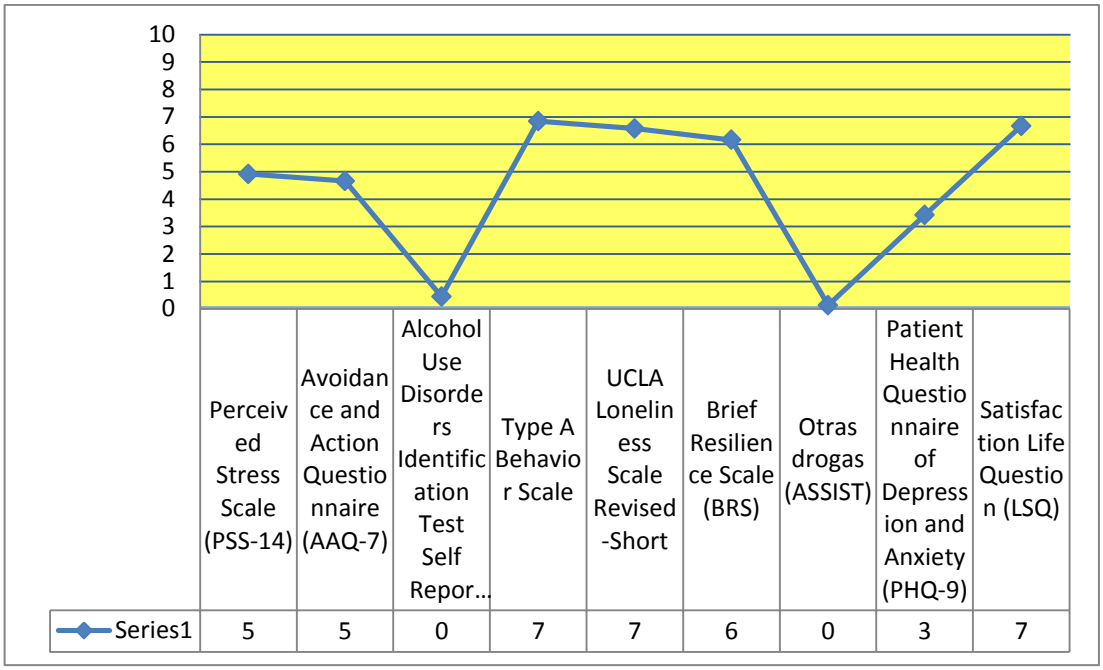

Figura 4. Batería con resultados estandarizados.

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a los resultados se puede apreciar en la figura 4 a la primera variable que representa la percepción de estrés actual (PSS-14), podemos verificar que se ubica en 5 puntos, lo cual indica que se presenta como una variable media.

De acuerdo a la figura 4 la variable flexibilidad-inflexibilidad psicológica (AAQ-7), se ubica en 5 puntos. Lo que representa que esta variable se encuentra en la variable media.

Tabla 6. Test (AUDIT)

(TABLA 12). Alcohol Use Disorders Identification Test Self Report Version AUDIT			
	PUNTUACIÓN		
Rango	**TOTAL**	**SOBRE 10 PUNTOS**	**%**
Consumo prudente o bajo riesgo	49	12,25	90,7

Consumo de riesgo	5	1,25	9,3
Consumo perjudicial	0	0	0,0
Sindrome de dependencia	0	0	0,0
Total	**54**		100,0

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), cuenta con una puntuación de 0, lo que define como una variable prudente o bajo de riesgo a la población investigada. Sin embargo la tabla 6 refleja que el 9,3% de la muestra ha consumido bebida alcohólica.

Tabla 7. Frecuencia (TYPE A)

FRECUENCIA Type A Behavior Scale				
Reactivo	**Muy bien**	**Bastante bien**	**En parte**	**Nada**
1	20	21	12	1
Reactivo	**A menudo**	**De vez en cuando**	**Casi nunca**	**Nunca**
2	14	28	9	3
3	11	28	12	3
4	6	19	19	9
5	9	20	13	12
6	13	32	5	3
Reactivo	**Si**		**No**	
7	44		9	
8	47		7	

9	41	13
10	42	12

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a las frecuencias presentadas en la tabla 7, en referencia al tipo de personalidad, para el (reactivo 1) revela que 21 individuos tienen un fuerte deseo de sobresalir, ser los mejores en la mayor parte del tiempo. Con una frecuencia de 32 individuos se presenta el (reactivo 6) a menudo se sienten muy presionado por el tiempo optaron por la respuesta de vez en cuando. Finalmente el (reactivo 8) a 47 individuos de esta investigación alguna vez su estudio le llevo al límite del agotamiento. Lo que indica que estas cifras son la categoría más significativa en esta tabla y que esta variable se encuentra en un rango de riesgo ya que supera la media al tener 7 putos.

Tabla 8. Frecuencia (UCLA).

FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short				
Reactivo	**Nunca**	**Rara vez**	**A veces**	**Siempre**
1	4	19	17	14
2	8	16	23	7
3	10	23	13	8
4	13	18	14	9
5	8	8	14	24
6	6	17	22	9
7	17	17	14	5
8	10	18	22	3
9	2	9	19	24
10	2	11	28	13

11	18	16	14	6
12	10	25	15	4
13	9	17	15	13
14	14	21	15	4
15	5	17	17	14
16	2	17	19	16
17	5	12	19	18
18	8	17	12	17
19	2	14	19	19
20	3	15	17	19

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a los resultados en la tabal 8, correspondiente a la variable soledad (UCLA), se encuentra por arriba de la media con una puntuación de 7. Lo cual permite apreciar que los individuos investigados en ocasiones se sienten solos sin apoyo social y a la vez muestra que es una variable de riesgo ya que pasa la media.

Tabla 9. Frecuencia (BRS)

FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)					
Reactivo	**Muy en desacuerdo**	**En desacuerdo**	**Neutral**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**
1	4	10	23	11	6
2	9	10	21	9	5
3	3	10	24	10	7
4	5	20	17	5	6
5	4	16	19	12	2

6	7	10	23	8	6

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

La investigación nos indica que la variable resiliencia, la población investigada se ubica con una puntuación de 6, lo cual se aprecia como un puntaje elevado respecto a la media.

Según la tabla 9 los resultados de la investigación revela que la mayor frecuencia es de 24 individuos y se sitúan en el (reactivo 3) de esta forma se afirma que la población investigada puede recuperarse en poco tiempo de una situación estresante.

Tabla 10. Test (ASSIST)

FRECUENCIA The Alcohol, Smoking and Subtance Involment Screening Test (ASSIST)					
Reactivo	**Nunca**	**1 ó 2 veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**Diario o casi diario**
1	54	0	0	0	0
2	52	2	0	0	0
3	42	11	0	1	0
4	54	0	0	0	0
5	54	0	0	0	0
6	53	1	0	0	0
7	49	5	0	0	0
8	52	2	0	0	0
9	54	0	0	0	0
10	54	0	0	0	0
11	54	0	0	0	0

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la figura 4 la variable (ASSIST), el consumo de otras sustancias su puntuación es de 0. Lo que indica que la población investigada se encuentra en rango protectora. Sin embargo un estudiante respondió haber fumado cigarrillo dentro de los tres meses, once estudiantes manifestaron que bebieron bebidas alcohólicas en los últimos tres meses y un estudiante bebe semanal, de igual manera un estudiante indicó haber consumido anfetamina, cinco estudiantes han inhalado y dos se han suministrado sedantes dentro de los últimos tres meses. Como se puede verificar en la tabla 10.

Para el caso de la variable depresión ansiedad (PHQ-9) de acuerdo a la figura 4 se observa que la puntuación se encuentra en 3. Lo que indica que se encuentra en una variable protectora, al ubicarse debajo de la media.

Finalmente se tiene la variable (Satisfaction on life), con una puntuación de 7 ubicándose sobre a media, esta puntuación indica que la población investigada considera tener una buena satisfacción de vida al ser una variable protectora.

Tabla 11. Frecuencia (LSQ)

FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)										
Insatisfecho (0)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5 Neutral**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
0	0	1	3	4	10	9	4	6	7	9

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Con una frecuencia de 10 individuos en la tabla 11, la población investigada respondió tener una satisfacción de vida en la puntuación 5 en una escala de 0 a 10.

3.1.3 Análisis de resultados respecto al género femenino.

En este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados, se debe considerar 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:

0 – 4 = Bajo

5 – 5 = Medio

6 – 10 = Alto

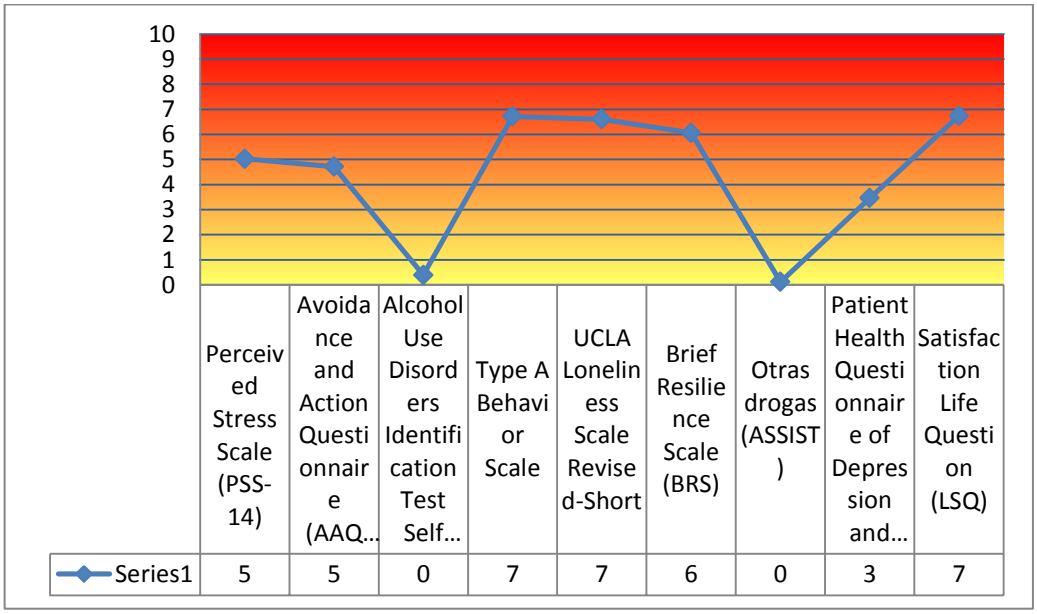

Figura 5. Resultados estandarizados género femenino.

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Respecto a los resultados obtenidos en la figura 5, se puede evidenciar que la población investigada referente al género femenino en la variable estrés (PSS-14), puntúa con 5 en escala de 0 a 10, de igual forma la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7), lo cual determina ser una variable media.

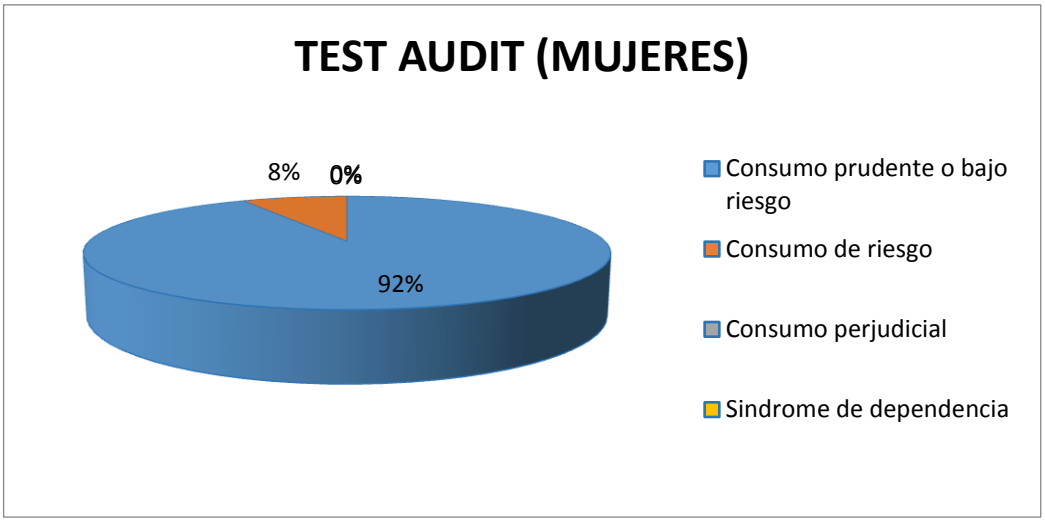

Figura 6. Ttest (AUDIT) mujeres.

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), la población investigada de género femenino puntúa en 0 (ver figura 5), siendo la puntuación más baja de la escala de 0 a 10, con lo cual se estima como una variable protectora. Sin embargo la figura 6 refleja que el 8% de la muestra (mujer) ha consumido bebidas alcohólicas.

Del total muestra investiga del género femenino, para la variable de personalidad (TYPE A) puntúa con 7 sobrepasando la media, siendo considerada como la variable de riesgo.

Tabla 12. Frecuencia (TYPE A)

FRECUENCIA Type A Behavior Scale				
Reactivo	**Muy bien**	**Bastante bien**	**En parte**	**Nada**
1	14	15	8	1
Reactivo	**A menudo**	**De vez en cuando**	**Casi nunca**	**Nunca**
2	12	18	6	2
3	5	23	7	3

4	4	12	13	8
5	5	12	9	12
6	10	21	4	2

Reactivo	Si	No
7	30	7
8	34	4
9	31	7
10	27	11

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Se aprecia en la tabla 12, las frecuencias más representativas respecto al deseo de sobresalir y ser la mejor en la mayor parte de cosas se presenta como una frecuencia de 15. Así también 23 mujeres respondieron ser muy exigente y competitivas de vez en cuando. Finalmente han respondido positivamente 34 mujeres que alguna vez su estudio le ha llevado al límite del agotamiento.

Del total de la muestra investigada del género femenino referente a la variable soledad (UCLA), puntúa en 7 sobrepasando la media. Siendo considerada como una variable de riesgo.

Tabla 13. Frecuencia (UCLA)

FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short				
Reactivo	**Nunca**	**Rara vez**	**A veces**	**Siempre**
1	4	13	11	10
2	6	11	16	5
3	6	17	7	8
4	9	15	6	8

5	6	6	9	17
6	5	10	17	6
7	12	12	10	4
8	7	13	14	3
9	2	8	13	15
10	2	7	19	10
11	12	12	10	4
12	7	17	10	4
13	5	12	12	9
14	10	13	11	4
15	5	12	10	10
16	2	11	15	10
17	3	10	12	13
18	4	12	7	15
19	1	10	14	13
20	2	9	13	14

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la tabla 13 permite apreciar que 19 muestra investigadas del género femenino a veces se sienten solas y sin apoyo social.

De acuerdo a lo observado en la figura 5 respecto a la variable resiliencia (Brief Resilience Scale) puntúa con 6 en la escala de 0 a 10. Siendo considerada como variable de riesgo.

Tabla 14. Frecuencia (BRS).

FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	3	8	16	8	3
2	5	9	14	9	1
3	1	9	19	5	4
4	3	15	13	1	5
5	3	13	11	9	1
6	4	7	16	8	3

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Esto se corrobora con los resultados obtenidos en la tabal 14, al concentrar la mayor frecuencia de 19 mujeres que se sitúa en el (reactivo 3) no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante.

Tabla 15. Test (ASSIST), mujer

FRECUENCIA The Alcohol, Smoking and Subtance Involment Screening Test (ASSIST)					
Reactivo	**Nunca**	**1 ó 2 veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**Diario o casi diario**
1	38	0	0	0	0
2	37	1	0	0	0
3	30	8	0	0	0
4	38	0	0	0	0
5	38	0	0	0	0
6	38	0	0	0	0
7	34	4	0	0	0

8	36	2	0	0	0
9	38	0	0	0	0
10	38	0	0	0	0
11	38	0	0	0	0

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la figura 5, la variable (ASSIST), que evalúa el consumo de otras sustancias su puntuación es de 0, sin embargo, la tabla 15 refleja que una mínima muestra de estudiantes (mujeres) de una a dos veces han consumido cigarrillo, alcohol, inhalante y sedantes.

Los resultados de la investigación para la variable depresión ansiedad (PHQ-9), de acuerdo a la figura 5 se observa que la puntuación se encuentra en 3, siendo una puntuación baja de una escala de 0 a 10, lo que indica que se encuentra en una variable protectora.

Finalmente se tiene la variable (Satisfaction on life), con una puntuación de 7 ubicándose sobre a media, esta puntuación indica que la población investigada de género femenino sobrepasa la media y se convierte en una variable de riesgo.

Tabla 16. Frecuencia (LSQ).

FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)										
Insatisfecho (0)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5 Neutral**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
0	0	1	1	3	6	8	2	4	5	7

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la tabla 16, en la cual se observa que la mayor frecuencia se sitúa en la categoría 6 con una frecuencia de 8.

3.4. 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, se debe considerar 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:

0 – 4 = Bajo

5 – 5 = Medio

6 – 10 = Alto

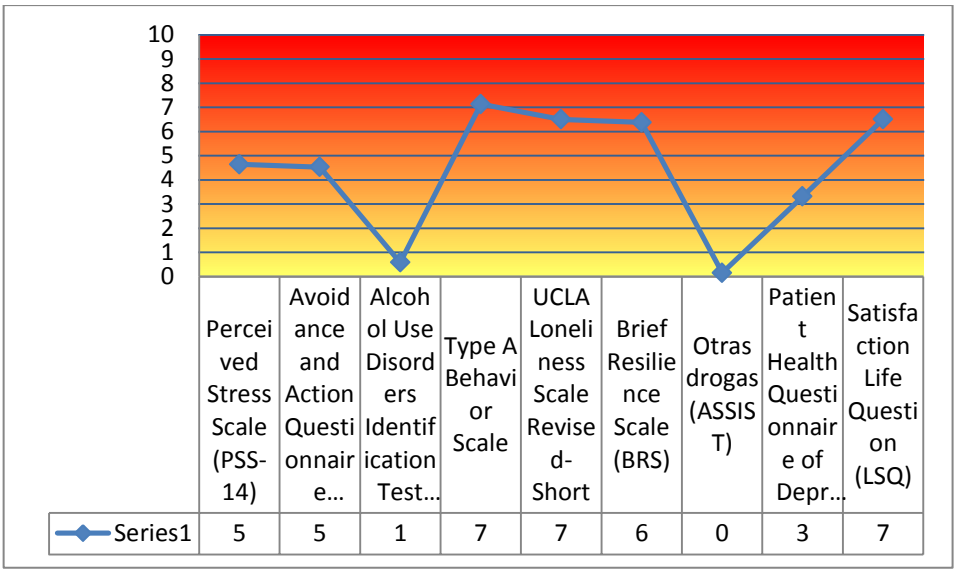

Figura 7. Resultados estandarizados género masculino.

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Con los resultados obtenidos en la figura 7, respecto a la variable estrés (PSS-14) se puntuación es de 5, al igual que la variable (AAQ-7), lo cual afirma que la variable se, encuentra en la media.

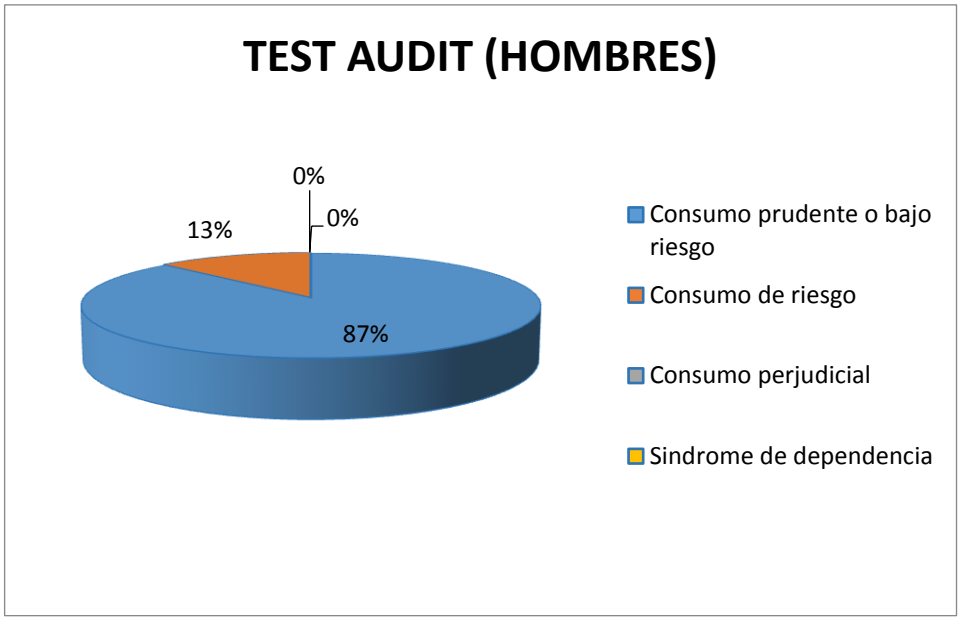

Figura 8. Test AUDIT (hombres).

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Respecto la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), de acuerdo a la puntuación observada en la figura 7 es de 1 punto, lo cual significa que el consumo es bajo respecto a la máxima puntuación que es 10 puntos. Sin embargo la figura 8 refleja que el 13% de la muestra (hombres) ha consumido bebidas alcohólicas

De acuerdo al análisis de la variable personalidad (TYPE A) en la figura 7 se observa una puntuación de 7, lo cual está sobrepasando la media de 5 puntos; se verifica a su vez por las frecuencias presentadas en la tabla 17, en la cual 15 individuos respondieron que se sienten molestos al esperar, 11 de vez en cuando se sienten muy presionado por el tiempo, 6 en ser exigentes y competitivos. Por lo tanto es considerada como una variable de riesgo.

Tabla 17. Frecuencia (TYPE A)

FRECUENCIA Type A Behavior Scale				
Reactivo	**Muy bien**	**Bastante bien**	**En parte**	**Nada**
1	6	6	4	0

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	2	10	3	1
3	6	5	5	0
4	2	7	6	1
5	4	8	4	0
6	3	11	1	1

Reactivo	Si	No
7	14	2
8	13	3
9	10	6
10	15	1

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la investigación realizada se puede observar en la figura 7 con respecto a la variable soledad (UCLA) que se ubica en una puntuación de 7 lo que indica que sobrepasa la media, es decir es una variable de riesgo.

Tabla 18. Frecuencia (UCLA)

FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short				
Reactivo	**Nunca**	**Rara vez**	**A veces**	**Siempre**
1	0	6	6	4
2	2	5	7	2
3	4	6	6	0
4	4	3	8	1
5	2	2	5	7

6	1	7	5	3
7	5	5	4	1
8	3	5	8	0
9	0	1	6	9
10	0	4	9	3
11	6	4	4	2
12	3	8	5	0
13	4	5	3	4
14	4	8	4	0
15	0	5	7	4
16	0	6	4	6
17	2	2	7	5
18	4	5	5	2
19	1	4	5	6
20	1	6	4	5

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Respecto a la tabla 18, se observa que 9 individuos investigados de género masculino, lo que indica que presenta altos niveles de soledad.

De acuerdo a la figura 6 la variable resiliencia (BRS) se encuentra en 6 puntos, es decir sobrepasa a la media establecida de 5 puntos presentándose como una variable de riesgo.

Tabla 19. Frecuencia (BRS)

FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)					
Reactivo	**Muy en**	**En**	**Neutral**	**De**	**Muy de**

	desacuerdo	desacuerdo		acuerdo	acuerdo
1	1	2	7	3	3
2	4	1	7	0	4
3	2	1	5	5	3
4	2	5	4	4	1
5	1	3	8	3	1
6	3	3	7	0	3

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Como se observa en la tabla 19 de los individuos investigado de género masculino 8 respondieron pasar momentos difíciles sin gran problema.

Tabla 20. Test (ASSIST) masculino

FRECUENCIA The Alcohol, Smoking and Subtance Involment Screening Test (ASSIST)					
Reactivo	**Nunca**	**1 ó 2 veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**Diario o casi diario**
1	16	0	0	0	0
2	15	1	0	0	0
3	12	3	0	1	0
4	16	0	0	0	0
5	16	0	0	0	0
6	15	1	0	0	0
7	15	1	0	0	0
8	16	0	0	0	0

9	16	0	0	0	0
10	16	0	0	0	0
11	16	0	0	0	0

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

De acuerdo a la figura 7 la variable (ASSIST), el consumo de otras sustancias su puntuación es de 0, por lo tanto no se realiza un análisis. A pesar que en la tabla 20 refleja que una pequeña muestra (hombres) ha consumido dentro delos últimos tres meses cigarrillo, alcohol, anfetamina e inhalante.

El índice relevante de la investigación para la variable depresión ansiedad (PHQ-9), se observa en la figura 7 que la puntuación se encuentra en 3, siendo una puntuación baja de una escala de 0 a 10, lo que indica que se encuentra en una variable protectora.

Finalmente se tiene la variable (Satisfaction on life), con una puntuación de 7 ubicándose sobre a media, esta puntuación indica que la población investigada de género masculino sobrepasa la media y se convierte en una variable de riesgo.

Tabla 21. Frecuencia (LSQ)

FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)										
Insatisfecho (0)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5 Neutral**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
0	0	0	2	1	4	1	2	2	2	2

Fuente: Unidad educativa investigada.

Elaboración: Lavanda, G. (2015)

Con una frecuencia de 4 individuos en la tabla 21, la población investigada de género masculino respondió tener una satisfacción de vida en la puntuación 5.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

La presente investigación tiene como objetivo analizar y seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores a la salud mental y al consumo de sustancias en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato.

Para llegar al cumplimiento de los objetivos ya mencionados se tomó como muestra a los alumnos de primero y segundo año de bachillerato de un colegio mixto, particular, católico ubicado al sur de la ciudad de Guayaquil.

A continuación, se discuten los principales hallazgos de este estudio, de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Se ha podido establecer que los adolescentes que participaron en esta investigación, el 70% son de género femenino y el 30% restante es de género masculino.

Según la Constitución de la Republica de Ecuador Art. 347.- Será responsabilidad del Estado, fortalecer la educación pública y la coeducación.

Peña (2010) señala que se debe entender la coeducación como "la acción educativa tendiente a generar espacios educativos donde existe igualdad de trato y oportunidades para hombres y mujeres, los que son compartidos en base al respeto, la tolerancia y alejado de todo sexismo"

En el Ecuador en la actualidad la educación es mixta porque la vida es interrelación de hombres y mujeres, con igualdad de oportunidades, derechos y responsabilidades.

Respecto a la edad, los participantes de 15 años representan la mayoría de esta población en un porcentaje de 57%, el 26% está representado por la edad de 16 años y 17% restante corresponden a 14 años de edad, lo que hace referencia que esta muestra pertenece a la etapa de la adolescencia; razón por la se pasó por un proceso de filtro protegiendo la integridad y los derechos de los mismos; es importante mencionar que en su totalidad la

muestra tiene características similares como por ejemplo estado civil, solteros; se dedican exclusivamente a estudiar y que la mayoría viven con sus padres.

Para la Organización Mundial de la Salud (2005) la adolescencia es la etapa que trascurre entre 10 y 19 años, en la que se presentan cambios importantes para el individuo.

Así también la UNICEF (2010) indica que la adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta. Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta.

Según lo antes expuesto se coincide con que la adolescencia es una etapa de transición donde se producen importantes cambios físicos, psíquicos y sociales. Así también dentro de esta etapa existen problemas de tipo sexual, emocionales, escolares, conductuales, de alimentación, de drogas o incluso de abuso.

Referente al factor psicosocial asociado a la salud mental la investigación indica que:

El 70% de la muestra investigada presenta un alto grado de personalidad tipo A, cuyo porcentaje sobrepasa la media establecida, que se puede verificar con las más altas frecuencias que vienen reflejadas como respuesta en los ítems: Tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas, a menudo se siente muy presionado por el tiempo y alguna vez su estudio le ha llevado al límite del agotamiento.

Para Allport (1937) personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio.

De allí que Horney señala que las personas tipo A, son tipos de personalidad presionados, competitivos y hostiles que sufren un elevado riesgo de cardiopatía.

Mientras que el DSM-V (2014) establece pautas para diagnosticar y clasificar los trastornos de personalidad tipo A: Sujetos extraños o excéntricos:

- ✓ Trastorno paranoide de la personalidad: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva

- ✓ Trastorno esquizoide de la personalidad: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.
- ✓ Trastorno esquizotípico de la personalidad: Anormalidades de la percepción, pensamiento, del lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia.

De esta manera podemos verificar que las particularidades de los adolescentes que brotó de la investigación coinciden con la literatura. Es decir son aquellos que en el trabajo están siempre impacientes, hostiles con el resto de compañeros. Se implican exageradamente en el trabajo con una tendencia a mantener la actividad permanentemente, lo hacen de una forma poco sana, ya que ponen su salud en riesgo.

Concerniente al factor psicosocial asociado al consumo problemático de drogas los resultados del análisis de la presente investigación revelan que, la muestra con la que se trabajó se define como variable protectora fuera de riesgo, ya que es menor al 10% de la muestra que en algún momento consumió bebidas alcohólicas. Sin embargo no deja de ser importante y significativo este porcentaje ya que diversas investigaciones sobre el inicio del consumo de drogas destacan que la prueba de dichas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia.

Estudios realizados en el Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona demuestran que:

La edad media de inicio de consumo de drogas es diferente para cada sustancia y además va variando a lo largo de los años, pues depende también de factores sociológicos. Las sustancias que en la actualidad tienen una edad de inicio de consumo más temprano son el tabaco y el alcohol, entorno a los trece años. A continuación el cannabis, con una edad media de inicio alrededor de los 15 años. Y a partir de los 15 se inician los consumos de estimulantes como la cocaína o anfetaminas, alucinógenos como el LSD, drogas de síntesis como el éxtasis y opiáceos como la heroína.

De igual manera en el Ecuador, por medio del CONSEP en la cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, señala que la edad promedio de inicio de consumo de drogas es de 14,3 años

Por otro lado al analizar la sensación subjetiva de soledad corresponde a la variable UCLA, del estudio; se puede definir que el 53% de los individuos investigados en ocasiones se sienten solos sin apoyo social y a la vez muestra que es una variable de riesgo.

Así también Karnick, afirma que la soledad es un problema que ha sido sistemáticamente negado como un trastorno que requiere atención seria, tal vez porque quienes lo sufren no siempre admiten que puede ser la raíz de otros problemas, o porque no se ve como una entidad separada. Las personas que sufren de soledad no quieren reconocerse como “solas”, debido a que experimentan sentimientos de vergüenza o dificultad para superar el aislamiento.

Por otro lado un estudio realizado por Toland mostró que la conexión entre padres y adolescentes es un predictor independiente de soledad en la adolescencia que varía con edad y género. La calidad de la conexión entre padres e hijos y la estructura familiar son predictores significativos de soledad durante la adolescencia. Los hallazgos del estudio respaldan la afirmación de cómo un déficit en las redes de apoyo relacionadas con la estructura familiar hace difícil para el adolescente obtener el apoyo y la afirmación que ellos necesitan para satisfacer sus necesidades

Con estos resultados podemos constatar que, la soledad es un factor influyente y que a familia juega un papel importante en el desarrollo de la adolescencia.

Según Becoña (2003) el consumo de drogas está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrean gran sufrimiento, como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc.

CONCLUSIONES

- ✓ Con respecto al factor psicosocial relevante asociado a la salud mental, los adolescentes investigados presentan un alto índice sobre la personalidad tipo A, es decir se encuentran en factor de riego constante producto de la competitividad e impaciencia que puede afectar la salud.

- ✓ Para el factor psicosocial relevante asociado al consumo problemático de drogas se concluye que, los adolescentes investigados, por el momento son una población libre del consumo de alcohol y drogas.

- ✓ Las variables asociadas a la buena salud mental, según los resultados obtenidos en esta investigación son: La resiliencia, satisfacción vital y el apoyo social. Ya que son variables de carácter positivo no solo para los adolescentes. En esta investigación, uno de los hallazgos encontrados, es la alta puntuación en estas variables que pasa de 1 a 2 puntos por encima de la media establecida, que se aprecia como variables protectoras en los adolescentes.

- ✓ La salud integral del adolescente, es un concepto que abarca su condición biopsicosocial, de género, enmarcada en el período del ciclo vital y familiar por el que transita y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social.

- ✓ Las variables asociadas al consumo de sustancias, según los resultados obtenidos en esta investigación son los niveles de ansiedad y depresión, estilo de afrontamiento caracterizado por un control adverso, conductas de evitación y escape asociadas a la inflexibilidad psicológica y el tipo de personalidad así como el estrés.

- ✓ Sobre el nivel de consumo problemático de sustancias según el género podemos indicar que: El análisis realizado en esta investigación refleja que el género femenino alcanza 8% del índice que ha consumido diversas sustancias, en relación al género masculino que marca 13%.

RECOMENDACIONES

- ✓ Con la finalidad de superar el alto índice de personalidad tipo A, se recomienda implantar educación emocional dentro de la unidad educativa investigada, con el propósito de canalizar la energía de competitividad en un ambiente de armonía y relajación.

- ✓ Trabajar de manera activa con los adolescentes y familiares en actividades que permitan mejorar las relaciones afectivas entre ellos, para elevar su satisfacción vital.

- ✓ Como prevención al consumo de alcohol y drogas, se recomienda realizar campañas referentes a la *adicción del alcohol y drogas*, con la finalidad de concientizar los efectos que tiene el consumir sustancias que contaminan el organismo y cuáles son las afecciones en la salud mental.

Recomendación del proceso.

Como experiencia de investigación se recomienda para futuras investigaciones realizar previa visita a la población y a su entorno, con el objetivo de recabar información y socializar con la muestra que se va a trabajar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, R (1994). Metodología de la investigación científica. Loja: UTPL.

"Anonímo". (21 de Octubre de 2001). La Nación. Obtenido de www.lanacion.com.ar › Ciencia y Salud

"Anónimo". (2008). Definición de. Obtenido de http://definicion.de/ansiedad/

"Anonímo". (2013). Farmacognosia. Obtenido de http://www.plantas-medicinal-farmacognosia.com/temas/introduccion-a-la-farmacognosia/drogas/

"Anonímo". (2015). Guía para el promotor de "Nueva Vida". Obtenido de El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, así

"Anónimo". (5 de mayo de 2015). Health y Childer.org. Obtenido de https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/substance-abuse/Paginas/Alcohol-The-Most-Popular-Choice.aspx

"Anónimo". (2015). Psicoactiva.com. Obtenido de www.psicoactiva.com/diccio/diccio_t.htm

DSM 5, D. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM 5. (T. J. Cordova, Trad.) ESUU: Asociación Americana de Psiquiatría.

Acero, A. (29 de oct de 2012). Método Descriptivo Scribd. Obtenido de https://es.scribd.com/doc/111485247/Metodo-descriptivo

Anchundia, L. (2014). Alcohol y Adolescentes. LA Revista del Diario el Universo.

Anchundia, L. (10 de 11 de 2014). Alcohol y Adolescentes. La Revista del Diario El Universo.

Becoña, E. (2002). BASES CIENTÍFICAS DE LA PREVENCIÓN. En U. d. Compostela. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás. (30 de 11 de 2013). ensiclopedia de la salud.com. Obtenido de http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/salud-mental

Carrazana, V. (16 de junio de 2015). El Concepto de Salud Mental en Psicología Humanista-Existencial. Obtenido de www.ucb.edu.bo/Publicaciones

CONSEP. (2014). Concejo Nacional de Control de Suatancias. Obtenido de www.prevenciondrogas.gob.ec

Cientifica, D. d. (3 de junio de 2015). Diccionario de la Psicología Científica. Obtenido de http://www.psico-system.com/search/label/Resiliencia

Cloninger. (2003). Teoria de la Personalidad. México: Pearson.

Comercio, D. e. (22 de junio de 2013). Tendencias. El Comercio, pág. http:/www.el comercio.com.

Consuegra Anaya, N. (2010). Diccionario de Psicologia. Bogota: Eco Ediciones.

Cosacov, E. (2007). Diccionario de términos técnicos de la Psicología. Córdoba: Editorial Brujas.

Papalia, S. W. (2009). Desarrollo Humano. En S. W. Diane Papalia, Desarrollo Humano (pág. 356). México: The MacGraw Hill Companies.

DSM-V. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.

Española, D. d. (2015). definicion.de. Obtenido de www.definicion.de

F Leturia, J. Y. (2001). la valoración de las personas mayores. España: Cáritas Española. Obtenido de ps://books.google.es/books?id=kS-ODiG5hOUC&pg=PA122&dq=satisfacción+vital&hl=es&sa=X&ei=hIFyVe3mFYbjsASu4IHwDw&ved=0CCEQ6AEwAA

Fernández-Abascal, E. G. (julio-agosto 2010). Análisis. Nueva vida, 22.

Galicia, M. (3 de enero de 2007). Familia de Corde Jesu. Obtenido de http://familiadecordejesu.blogspot.com/2007/01/222-aspectos-fundamentales-de-la.html

Gallardo, C. M. (2013). Resiliencia en la adversidad. La revista- El Universo.

Gupo OCEANO. (s.f.). Enciclopedia de la Psicología. Barcelona España: MMII Oceano Grupo Editorial, S.A.

Guzman, A. (26 de marzo de 2015). America. Obtenido de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vSi0MLKKA6AJ:werovero.blogspot.com/2015/03/drogas.html+&cd=5&hl=es&ct=clnk

Henderson, L. F. (2012). Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Obtenido de www.redalyc.org/pdf/153/15328800009.pdf

Herminia, C. (octubre de 2009). Estrategias preventivas para evitar el consumo de drogas en jovenes adolescentes. Obtenido de http://es.slideshare.net/search/slideshow?searchfrom=header&q=tesis+problematica+consumo+de+drogas

James P, C. (2015). Dictionary of Psychology. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=-bt_CYWwYtsC&printsec=frontcover&dq=inauthor:"J.P.+Chaplin"

Lourdes, M. (28 de enero de 2013). Desarrollo Personal. Obtenido de http://conocersecomprendercrecer.blogspot.com

Lucia, M. (2015). Desde el alma. Obtenido de http://www.desdelalma.net/compromisos/

Luque. (29 de 12 de 2013). Ensiclopedia de la salud .com. Obtenido de http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/personalidad

Cabañero, M. R. (2004). Psico Thema.com. Recuperado el 13 de junio de 2015, de www.psicothema.com/pdf/3017.pdf

Ministerio de salud y consum. Madrid, (2008). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención. Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Margaret, S. (1994). Plain Talk About Depression. Public Health Service.

Martínez-Cezalilla, A. (2014). Formación de profesorado para el desarrollo de su actividad docente. Obtenido de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/.../Cuestionario_(trab).pdf

Metro, D. E. (15 de octubre de 2014). Incrementa numero de consumidores de sustancias psicoactivas. Obtenido de metroecuador.com.ec/temporal/incrementa-numero-de-consumidores-de-sustancias-psicoactivas-que-piden-ayuda/

Montes, A. (27 de junio de 2015). Mente y emosiones. Obtenido de www.webconsultas.com/mente-y-emociones/...y.../causas-de-estres-3650

Moyano Díaz, E., & Ramos Alvarado, N. (2007). MIDIENDO SATISFACCIÓN VITAL, FELICIDAD Y SALUD EN POBLACIÓN CHILENA DE LA REGIÓN DEL MAULE. Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales,, 184-200.

Obregón, J. (2015). El método Estadistico. Obtenido de www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/.../03REYNAGA1.pdf

OMS. (2013). Organizacion Mundial de la Salud.

OPS. (3 de abril de 2009). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/org/ops.htm

Orejuela, E. (2004). Relaciones Humanas. Guayaquil: Impresos Nueva Luz.

Otero, M., Lopez, S., & Alvarez, M. (2010). Universidad Cantabria. Obtenido de ocw.unican.es

Ramos, M. (2015). ehow. Obtenido de www.ehowenespanol.com › Lifestyle

REA. (2014). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Obtenido de www.rae.es/

Rice, F. P. (1997). Desarrollo Humano, Ciclo vital. Mexico: Pearson Educación.

Rioja, G. d. (2015). Info droga. org. Obtenido de http://infodrogas.org/inf-drogas/ique-son-las-drogas

Robert Johnson, P. K. (2005). Estadística elemental. Thomson.

Robert V. Kail, J. C. (2006). Desarrollo humano. México D.F: CENGADE.

Sagñay, J. (30 de noviembre de 2014). Causas del consumo de drogas. (L. Anchundia, Entrevistador)

Salmon, L. E. (2014). Su hijo las drogas y usted. La revista-El Universo.

San Martin, J. (25 de Abril de 2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. Scielo Universidad Santo Tomás . Chile. Obtenido de https://prezi.com

Sareceno. (1999). National Library of Medicine. Obtenido de www.nlm.nih.gov

Trianes, M. (2012). Psicología del desarrollo y de la educación. Madrid: Pirámide.

Turienzo, & Sala. (2011). La resiliencia gana. Madrí España: Lid Editorial Empresarial.

UNICEF:ORG. (2011). Unicef.org. Obtenido de http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf

Universo, E. (5 de octubre de 2014). Drama más duro droga accedera atencion. Obtenido de www.eluniverso.com/noticias/.../drama-mas-duro-droga-acceder-atencio...

Vazquez, A. (1976). Estudios sociologicos sobre la situacion social de españa 1975. España: Euramerica, S.A.

Waak, A. (2015). Concepto de resiliencia. Obtenido de resilnet.uiuc.edu

Walter, L. (16 de octubre de 2012). SlideShares. Obtenido de http://www.slideshare.net/walteralfredo28/tipos-de-personalidad-14760085?qid=1e1ebfb2-ceb9-47f3-9314-88dd8011f5b6&v=qf1&b=&from_search=2

Z, D. E. (2013). Manual de atención primaria de la salud mental. Quito: Ministerio de Salud Publica.

Zepeda, F. (2003). Introducción a la psicología. En F. Z. Herrera, Introducción a la psicología (pág. 286). México: Pearson Educación.

ANEXOS

Anexo 1 Carta de Presentación

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN Y DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Señor/ra Hna. Mélida Vera Cabrera

RECTOR Unidad Educativa Santa María de los Ángeles

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. Gina Elizabeth Lavanda Gavilanes, realizará su tesis de Licenciado en Psicología, requisito previo a la obtención del título, así como también la información será enviada al equipo investigador con fines investigativos y de publicación.

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

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

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

Atentamente,

Mgtr. Marina del Rocío Ramírez
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez
COORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

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

Anexo 2 Consentimiento informado por parte del rector de las instituciones educativas

UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

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: 07 3710444, Ext. 2631

Ciudad: Guayaquil

Yo, **Hna. Mélida Vera Cabrera**, en calidad de Rectora de la **Unidad Educativa Santa María de los Ángeles** de la ciudad de Guayaquil 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.

Hna. Mélida Vera C.
Rra.

UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARÍA DE LOS ANGELES
Guayaquil - Ecuador

Junio 8 del 2015

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

Anexo 3 Cronograma de trabajo para el rector de la Institución Educativa

UTPL
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

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

CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Telf.: 07 3710444, Ext. 2631

La Universidad Técnica Particular de Loja a través del Departamento de Psicología, pondrá en ejecución el proyecto denominado **"Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015"**; como parte del desarrollo del proyecto, la *Hna. Mélida Vera C,* rectora de *la Unidad Educativa Santa María de los Ángeles* aceptó y autorizó la aplicación de la batería a los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, razón por la cual ponemos a su conocimiento el siguiente cronograma de trabajo, en el cual se detallan las actividades a realizar en la presente institución.

Evaluador del proyecto:

Gina Lavanda

ESTUDIANTE DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA UTPL

Gina Elizabeth Lavanda Gavilenes

UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARÍA DE LOS ÁNGELES
SECRETARIA
Recibido Por: Roxana Hurtado
Fecha: 09/06/15 Hora:
Firma:

UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARÍA DE LOS ÁNGELES
Guayaquil - Ecuador

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

Anexo 4 Consentimiento informado

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 ningun otro modo. Los resultados beneficiarán al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada, pues se entregará un informe descriptivo por establecimiento educativo.

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

_____

Firma del investigador: _____

CI_____

CI: _____

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

Anexo 5 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: _____

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____

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

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

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

11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?:	_____	
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?:	☐ Si	☐ No
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?:	_____	
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias? :	_____	

15. En la relación con su actividad física la mayor parte de los días, fuera del establecimiento.	☐ Es inferior a 30 minutos al día	☐ Es superior a 30 min al día de **intensidad moderada** (ej. caminar a paso rápido, bailar, tareas domésticas...)	☐ Es superior a 30 min al día de **intensidad alta** (ej. salir a correr, salir a la montaña, salidas en bicicleta, aerobic, natación, practicar deportes competitivos...)
16. En la relación a la mayor parte de los días ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?.	☐ Si	☐ No, pero considero mi dieta, en general, saludable.	☐ No, y considero que mi dieta, en general no es saludable.
17. ¿Le han recetado algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?.		☐ Si	☐ No
18. ¿Cuántos días se ha ausentado de clases en el último año por motivos de salud?.	_____		

19. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?.	☐ Ninguna	☐ Diabetes	☐ Colesterol	☐ Hipertesión	☐ Síndrome del colon irritable	☐ Problemas cardiovasculares	☐ Artritis o artrosis	☐ Tumores
	☐ Cáncer	☐ Úlceras	☐ Otros problemas gastrointestinales	☐ Anemia	☐ Osteoporosis	☐ Bruxismo (rechinar los dientes sin propósito)	☐ Dificultades respiratorias (asma o bronquitis)	☐ Alergia
	☐ Ansiedad o depresión	☐ Problemas de atención o memoria	☐ Hiperactividad TDHA	☐ Acné	☐ Anorexia		☐ Obesidad	☐ Otras
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?.	☐ Muy mala	☐ Mala			☐ Normal (ni buena, ni mala)		☐ Buena	☐ Muy Buena

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gracias por su colaboración

Anexo 7. Fotos aplicación del test