



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental y consumo de sustancias y estupefacientes en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

TRABAJO DE TITLACIÓN.

AUTORA: Morales García, Mónica Isabel

DIRECTORA: Minga Vallejo, Ruth Elizabeth, Mgtr.

CENTRO REGIONAL QUITO

2015



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

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION

Lcda. Ruth Minga
DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, Análisis de las variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental y consumo de sustancias y estupefacientes en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015, realizado por Mónica Isabel Morales García con cédula de identidad N° 1203493125, el cual ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, Septiembre 19 del 2015.

(f.).....

DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo, **Mónica Isabel Morales García**, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación, Análisis de las variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental y consumo de sustancias y estupefacientes en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015, de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo la Mgtr. Ruth Minga Directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice. "Forman parte del Patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajo 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.

.....
Mónica Isabel Morales García
C.I. 1203493125

DEDICATORIA

Deseo dedicarle este trabajo de titulación primeramente a Dios, por haberme dado la vida, sus bendiciones y fortaleza para terminar este trabajo de investigación.

A mi esposo e hijos, quienes han sido un gran apoyo emocional durante el tiempo en que he desarrollado este trabajo.

A mis padres quienes han estado a mi lado en todo momento.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme y continuaron depositando su esperanza y confianza en mí.

A todos los que me apoyaron de alguna u otra manera en el desarrollo de este trabajo hasta la conclusión del mismo.

Para todos y cada uno de ellos es esta dedicatoria de trabajo de titulación, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, por darme la oportunidad de continuar con mis estudios y sobre todo por poder aplicar en la práctica los conocimientos teóricos adquiridos durante toda mi trayectoria estudiantil en la Facultad de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, modalidad Abierta y a Distancia, para el desarrollo de este trabajo de titulación.

De igual manera expreso mi sincero e infinito agradecimiento a mi Esposo y a mis hijos, por ser el motivo que impulsa mi crecimiento profesional, y quienes me inspiran a ser cada día mejor persona, por ellos y para ellos.

Agradezco a mis padres, hermanos y familiares cercanos por apoyarme emocionalmente y de manera especial a mi madre querida, por compartir sus conocimientos y experiencias como Docente y Madre a la vez.

A mi Directora de Titulación asignada por parte de la Universidad Técnica Particular de Loja Mgtr. Ruth Minga Vallejo, por ser además de maestra, una guía y apoyo incondicional, quien estuvo presta con paciencia, dedicación y entrega para solventar mis dudas e inquietudes en todo momento.

A la Ms.c Livia Andrade, Docente de la Universidad Técnica Particular de Loja, por liderar muy profesionalmente el equipo de gestión programa de investigación y por inculcar en los participantes la ética como futuros profesionales.

De igual manera, deseo hacer extenso mi agradecimiento al Dr. Patricio Herrera, Ing. Diego Rivadeneira y a la Dra. Olga Neira, por ser además de Jefes, amigos incondicionales, ejemplo de esfuerzo, perseverancia y profesionalismo, quienes me apoyaron en todo momento para la obtención de mi título profesional.

Y por último agradezco a todas las personas especiales en mi vida personal y laboral que de una u otra manera han sido fuente de ayuda e inspiración durante mi trayectoria estudiantil.

INDICE

CARATULA.....	i
CERTIFICACION.....	ii
DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO 1. MARCO TEORICO	
1.1. Salud mental	
1.1.1. Definición de salud mental.....	7
1.1.2. Factores asociados a la Salud Mental.....	9
1.1.2.1. La personalidad.....	11
1.1.2.2. El Estrés.....	13
1.1.2.3. Apoyo Social.....	17
1.1.2.4. Inflexibilidad Psicológica.....	20
1.1.2.5. Compromiso Vital.....	22
1.1.2.6. Resiliencia.....	23
1.1.2.7. Ansiedad y Depresión.....	25
1.1.2.8. Satisfacción Vital.....	27
1.2. Consumo de Drogas	
1.2.1. Consumo problemático de Drogas.....	28
1.2.2. Consumo problemático de Alcohol.....	32
1.2.3. Causas de consumo de alcohol y drogas.....	34
1.2.4. Consecuencias del consumo problemático de Drogas y/o Alcohol.....	39
1.3. La Adolescencia.....	41
1.3.1. Desarrollo Biológico.....	43
1.3.2. Desarrollo Social.....	44
1.3.3. Desarrollo Psicológico.....	45
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	
2.1. Objetivos.....	49
2.1.1. Objetivo General.....	49
2.1.2. Objetivos Específicos.....	49
2.1.3. Preguntas de investigación.....	49
2.2. Diseño de investigación.....	49
2.3. Contexto.....	50
2.4. Población.....	50

2.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos de investigación.....	51
2.5.1. Métodos.....	51
2.5.2. Técnicas.....	51
2.5.3. Procedimiento.....	55
2.5.4. Recursos.....	57
CAPÍTULO 3. ANALISIS DE DATOS	
3.1. Análisis, interpretación de los resultados obtenidos.....	60
3.1.1. Datos Psicosociales.....	60
3.1.2. Análisis de resultados generales.....	61
3.2. Análisis, interpretación de los resultados obtenidos del género femenino.....	72
3.2.1. Datos Psicosociales.....	72
3.2.2. Análisis de resultados del género femenino	73
3.3. Análisis, interpretación de los resultados obtenidos del género masculino.....	83
3.3.1. Datos Psicosociales.....	84
3.3.2. Análisis de resultados del género masculino.....	85
3.4. Discusión de los resultados obtenidos.....	97
4. CONCLUSIONES.....	104
5. RECOMENDACIONES	105
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	107
7. ANEXOS.....	111

RESUMEN

Este trabajo de fin de titulación fue realizado con la finalidad de analizar las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo problemático de sustancias en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Se utilizó el tipo de investigación descriptiva, y la población y muestra fue obtenida mediante el muestreo casual accidental no experimental.

Además se utilizó el método estadístico, para organizar la información obtenida a través de las encuestas, las que consistían en una recopilación de los cuestionarios PSS-14, AAQ-7, TYPE A BEHAVIOR SCALE, UCLA, BRS, AUDIT-C, ASSIST, PHQ-9, LSQ, así como recabar información sobre las variables sociodemográficas.

En la población investigada se observó que existe el consumo de alcohol, el cual en su mayoría está bajo el rango de “prudente”, encontrándose un pequeño porcentaje dentro del rango de consumo de riesgo, resultados que posiblemente se deben a la interacción en conjunto de variables como la personalidad tipo A, la sensación subjetiva de soledad, y la inflexibilidad psicológica que experimenta la población estudiada.

PALABRAS CLAVES:

Salud Mental, consumo, sustancias, alcohol, adolescente, droga, estrés, depresión, soledad, resiliencia, factores de riesgo, factores de protección, personalidad.

ABSTRACT

This final project titration was performed in order to analyze the psychosocial variables associated with mental health and problematic substance use among students in First and Second High School District 17D04 , Zone 9 , in the province Pichincha Canton Quito, 2015.

The type of descriptive research was used, and population and sample was obtained by experimental not accidental casual sampling.

Besides the statistical method was used to organize the information obtained through surveys, consisting of a collection of the PSS -14 , AAQ -7 , TYPE A Behavior Scale , UCLA, BRS , AUDIT- C , ASSIST questionnaires , PHQ -9 , LSQ and gather information on sociodemographic variables.

In the studied population it was observed that there alcohol, which is mostly under the range of "prudent", being a small percentage within the range of risk consumption, possibly results from interaction in assembly variables such as type a personality, the subjective feeling of loneliness and psychological inflexibility experiencing population studied.

KEYWORDS:

Mental health, consumption, substances, alcohol, teen, drugs, stress, depression, loneliness, resilience, risk factors, protective factors, personality.

INTRODUCCION

Estudios recientes publicados a través de la Agencia pública de noticias del Ecuador y Suramerica “Andes” mencionan en su artículo emitido el 12 de Mayo del 2014, que según la OMS el continente Americano consume 8,4 litros de alcohol puro cada año, mientras que Europa consume 10,9 litros en el mismo periodo de tiempo.

En este mismo artículo, la cerveza es la bebida alcohólica que más se consume en el continente Americano, siendo el vino una bebida de alto consumo mayormente en Argentina y Chile.

En Ecuador, a través del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP, en la cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, realizada en el año 2012, se obtuvo que el 41,31% de los estudiantes que presentan un uso ocasional de alcohol tienen más de 16 años, así mismo un porcentaje muy bajo de estudiantes que presentan uso regular de alcohol en edades inferiores a los 13 años, por lo que el uso regular es más característico a partir de los 14 años y se intensifica a partir de los 16 años.

El 22,35% de los usuarios frecuentes de alcohol bebe cerveza, el 13,50% bebe aguardiente y el 12,00% bebe licores fuertes como whisky, vodka o tequila.

El 30,94% lo consumen en fiestas o lugares de diversión y el 25,41% en sus casas. El 79,38% bebe alcohol con su grupo de amigos. El 47,1% probó alcohol por curiosidad y el 37,9% lo probó porque se la ofreció un amigo o un grupo de amigos.

Con estos antecedentes, el presente trabajo de fin de titulación consiste en investigar, analizar y seleccionar las variables psicosociales consideradas como predictores de la salud mental y del consumo problemático de alcohol y otras sustancias en el Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia de Pichincha, cantón Quito, año 2015.

En el capítulo 1, se recaba información y conceptos esenciales sobre la salud mental y los factores asociados a la misma.

Se hace referencia al consumo problemático de alcohol y otras drogas, sus causas y consecuencias en la adolescencia, así como las afectaciones y cambios que implica

esta transición (de la niñez a la adolescencia), su desarrollo biológico, social y psicológico.

En el capítulo 2, se detalla la metodología aplicada en la investigación, tomando como diseño la descripción exacta de los resultados y situaciones que pueden influir o no en una serie de variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes.

Ya en el capítulo 3, se detalla y analiza los resultados generales obtenidos, cabe mencionar que dicho análisis se enfoca en todas las variables que muestran una inclinación representativa o que se ubican con una variación de dos puntos al menos sobre el valor medio, y posteriormente se realiza una descripción y análisis por género.

La información que se recaba a través de este estudio, permite a la Institución educativa conocer sobre la problemática actual referente al uso y consumo de sustancias en la cual está inmersa su población estudiantil, de manera que la misma pueda diseñar e implementar planes preventivos, que implique la participación además de la escuela, de la familia y sociedad en general, de tal forma que se busque disminuir el riesgo de consumo prematuro de alcohol y otras sustancias.

Por lo que la Universidad Técnica Particular de Loja, a través de su Departamento de investigación pretende contribuir con datos actualizados sobre las variables psicosociales asociadas al consumo problemático de alcohol y otras sustancias, de manera que las entidades de control como el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP, conjuntamente con otros organismos gubernamentales puedan diseñar planes tendientes a contrarrestar esta problemática, por lo que plantea posibles variables asociadas a la salud mental y al uso y consumo de sustancias, en los estudiantes de Bachillerato, de las cuales resulta que el estrés, la sensación subjetiva de soledad y la resiliencia, así como la edad, el género, la personalidad tipo A, y la inflexibilidad psicológica pueden ser variables protectoras o de riesgo según el análisis de los resultados obtenidos.

Para despejar estas interrogantes, se conoce, analiza y selecciona las variables psicosociales asociadas a la salud mental, tales como el estrés, la depresión, la resiliencia y la satisfacción vital, siendo la satisfacción vital la que predomina, mientras que las variables consideradas como predictoras para el consumo problemático de alcohol y otras sustancias son la edad, el género, la personalidad tipo A, la

inflexibilidad psicológica, la sensación subjetiva de soledad, siendo esta última la que predomina al igual que la personalidad Tipo A.

Para el desarrollo de esta investigación, se presentó pequeños inconvenientes en la definición de los lineamientos a seguir sobre la población a ser investigada y en mayor grado para la obtención de la autorización por parte de la Institución Educativa, dado que no se contaba con el respaldo de Instituciones gubernamentales.

Sin embargo, se hizo valiosa la carta de presentación facilitada por la Universidad Técnica Particular de Loja, ya que con la misma de alguna manera se resalta la necesidad e importancia de realizar dicho estudio.

CAPITULO 1.- MARCO TEORICO

1.1. Salud Mental

1.1.1. Definición de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), define la Salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Paralelamente, como se citó en López, Ochoa y Olaizola, (2005) “la OMS define a la Salud Mental como un estado de bienestar global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo”. (p.83)

El concepto de salud mental dado por Silvia Bermann (como se citó en Viera, López y Barrenechea, 2006, confirma esta idea anterior:

Podría decirse que la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad. (p.34)

Mientras, Galeno afirma que “la salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales, o también, es la cómoda armonía de los elementos” (como se citó en Moura, 1989, p. 42).

Lerich (como se citó en Canguilhem, 1997) menciona: “La salud no es sólo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales.” (p. 305)

De los conceptos citados en párrafos anteriores se puede apreciar que tanto la Organización Mundial de la Salud (1946), como Lerich (1997) coinciden en que la salud mental no tiene que ver solo con factores netamente fisiológicos que se dan en los órganos del cuerpo humano, sino también, que tiene su implicancia en la relación del individuo con su contexto, y el cómo aprende a desenvolverse dentro del mismo.

A la vez, Silvia Bermann y Galeno, al referirse a la salud mental, hablan de un equilibrio que se debe dar entre el organismo y su ambiente, cuando dentro de esta relación no existe la armonía adecuada, es decir; el ser humano no ha logrado enfrentar, manejar y solucionar los diferentes conflictos que se puedan presentar, da paso al malestar, incomodidad o deficiencia de su estado emocional, lo que a su vez genera una enfermedad.

Como se puede percibir, la salud mental abarca diferentes dimensiones, tanto de índole fisiológica como del ambiente donde el ser humano se desenvuelve, considerando dentro de este su contexto familiar, social, laboral y/o escolar, a pesar que el concepto de salud mental es considerado como sinónimo al concepto de salud física (refiriéndose solo a algo que pasa en el cuerpo del ser humano por alteraciones del organismo como tal); además se debe recalcar que la salud mental también trata de fenómenos más complicados que pueden estar influenciados por la cultura, los paradigmas, esquemas y hasta por un componente subjetivo, por lo que puede decirse que la salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

En consecuencia, la salud mental se relaciona con la razón, los sentimientos, emoción y conducta del ser humano, quien en su diario vivir experimenta diferentes situaciones, las cuales logra analizarlas, comprenderlas y manejarlas, para lograr un comportamiento adecuado que lo lleva a superar o a adaptarse a tal situación.

De ahí que, también se hace meritorio mencionar que la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

Se podría resumir que la definición de salud mental parte de la concepción de que el ser humano es un ser global, inmerso en aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en constante interacción mutua con el medio ambiente donde se desenvuelve, creando un equilibrio dinámico entre sus contextos, a través del aprendizaje y cuidado integral de todos y cada uno de los componentes con los cuales el ser humano interactúa, sin embargo hay que recalcar que la salud mental no es permanente ni definitiva, sino que irá variando y estableciéndose constantemente, de acuerdo a los cambios que el ser humano va experimentando en su vida cotidiana, cada vez que las circunstancias sean estas internas o externas se vayan modificando o cambiando.

De igual manera es importante recalcar, que el estado de salud mental no es igual en todos los seres humanos, este estará acorde a las circunstancias en la que cada ser humano está sumergido, considerando que cada individuo es un mundo totalmente único y por ende diferente.

1.1.2. Factores asociados a la Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (2014) menciona que “la salud mental individual es determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos”.

Citando a Fernando Leal (2002) quien menciona que;

El mantenimiento del complicado equilibrio psíquico, que es la salud mental, depende de innumerables factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Entre los de índole biológica cabe destacar los heredo-constitucionales, los anatómicos, los fisiológicos y los bioquímicos.

Entre los de tipo psicológico se pueden señalar la evolución psicodinámica, la formación de las estructuras intrapsíquicas, la relación materno-filial, el impacto de las experiencias vitales, y la elaboración de los conflictos.

Entre los factores de índole sociológica cabe resaltar la influencia de la estructura familiar y parental, la organización social de la comunidad en la que se nace, se crece y se vive, y la influencia de la escuela, del trabajo, de la situación económica, de las migraciones, de los conflictos sociales, de la política, de la guerra, del hambre y de otros factores condicionantes. (p. 81)

Según Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza J.C. y Lizasoain, L. (2009), especifica como:

Factores individuales: Autoconcepto – Autoestima - Control de los impulsos - Capacidad de resolución de conflictos - Capacidad de afrontar situaciones - Ética moral autónoma - Jerarquía de autovalores.

Factores microsociales: Familia; Estructura de los subsistemas - Estilo Educativo - Relaciones afectivas y de comunicación - Convivencia familiar.

Escuela; Rendimiento académico - Motivación académica - Nivel de Satisfacción escolar - Actitudes hacia la institución.

Grupo de iguales; Características normativas del grupo - Comportamientos marginales del grupo - Niveles de presión del grupo - Vulnerabilidad a la presión grupal.

Factores macrosociales: Medio geográfico - Estructura socio-económica - Sistema de valores culturales - Actitudes sociales - Estructura normativa - Conductas sociales dominantes - Ordenación social de ocio y tiempo libre - Medios de comunicación. (p. 39)

De manera que y de acuerdo a lo citado en párrafos anteriores, existen una serie de factores que influyen en la personalidad de cualquier individuo, para que este tenga una buena o mala salud mental, de ahí que es importante resaltar que los factores sociales y culturales, tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de la salud mental cuya influencia se manifiesta de forma diferente en hombres y mujeres en función de los roles que cada uno se ve obligado a desempeñar en las distintas sociedades.

Por lo tanto, todos los seres humanos estamos comprometidos con el cuidado de nuestra salud mental, dado que a diario nos enfrentamos a retos y complicaciones dentro de los diferentes ambientes, sea este laboral, familiar, social, etc. lo que hace que desarrollemos factores protectores o a su vez de riesgo para nuestra salud mental.

Por lo que ante la presencia de inconvenientes, existen una serie de causas multifactoriales que interactúan entre sí en un ambiente biospiciosocial, donde las buenas estrategias de afrontamiento y alta resiliencia, la baja ansiedad, el buen manejo del estrés, la ausencia de malos hábitos, una buena autoestima, el tener proyectos de vida claros, y mantener vínculos con personas positivas, el no aislarse, así como saber pedir consejo y mantener una actitud positiva, saber amar la vida y disfrutarla, son factores protectores que ayudarán a superar exitosamente los mismos.

Si bien es cierto, existe una serie de diversas circunstancias que actualmente influye en las condiciones de salud mental de una población, éstas pueden ser analizadas desde el enfoque de tipo biológico, donde se analiza lo genético y lo ambiental, así

como de tipo psicosocial, haciendo referencia a lo económico, cultural y demográfico, que al interactuar entre sí, de diferente forma logran afectar al individuo, a la familia y a los grupos sociales.

1.1.2.1. La personalidad

De acuerdo a Guilford, 1959 (citado por Jem Wong, 2012) “la personalidad es el patrón único de rasgos de una persona”

Según Lledó, J. (2009) “Personalidad viene de *personalis*, lo perteneciente a la persona, y no es simplemente el comportamiento, aunque se derive de ello”. (p. 42)

Fromm (como se citó en Lledó, 2009) define a la personalidad como “la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas (el temperamento – innato e inmodificable) y adquiridas (el carácter – modificables hasta cierto punto) peculiares de un individuo y que lo hacen único”.

Según Hunruba, M., López, M. (2005, p.25) las principales teorías que han estudiado la personalidad son:

- **Teoría Psicodinámica**, ve a la personalidad como resultado de motivaciones y conflictos inconscientes, que con frecuencia son de tipo sexual.
- **Teoría Humanista**; se fija en el papel de los motivos de desarrollo positivo y de la realización del potencial en el moldeamiento de la personalidad.
- **Teoría Cognoscitivo-social**; afirma que los orígenes de la personalidad están en la manera en cómo la gente piensa, actual y responde a su ambiente.
- **Teoría de los Rasgos**; se centra en la categorización y descripción de la manera en la que difiere la personalidad de los individuos para descubrir los rasgos primarios de la personalidad.

Pese a las teorías antes mencionadas, en la actualidad, se considera que la personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, en gran medida inconscientes, que no se modifican con facilidad y que se expresan de forma automática en casi todas las facetas del ser humano. Estos rasgos intrínsecos y penetrantes emergen de una matriz complicada de disposiciones biológicas y aprendizaje de experiencias, y finalmente constituyen el patrón distintivo individual de percepciones, sentimientos, pensamientos, afrontamiento y conductas.

Por tal motivo, con las teorías expuestas anteriormente, se puede decir que la personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, dichas características son las que lo hace diferente y único respecto al resto de individuos, la interrelación y la comunión de todas estas características, generalmente estables, son las que determinan la conducta y el comportamiento de una persona y porque no también, de acuerdo a la estabilidad de las mismas, predice la respuesta que puede dar un individuo ante determinada circunstancia o estímulo.

Según Kluckhohn, Murray & Schneider, 1965 (como se citó en Fierro, 1994) se dice que “todo hombre tiene algo en común con todos los demás hombres, todo hombre tiene algo en común con algún otro hombre, todo hombre tiene algo único, no compartido con ningún otro hombre”

La personalidad es de naturaleza cambiante, interna y no de apariencia externa, no es exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológica sino que su organización exige el funcionamiento de mente y cuerpo como unidad, considerando que la conducta y el pensamiento son característicos de cada individuo, y que en ellos se refleja su adaptación al ambiente, a la vez que sus formas de accionar sobre él. (Allport, 1937 como se citó en Flores Jenny, 2012).

Por lo tanto, la Personalidad es la suma total de todas las disposiciones biológicas, tanto heredadas como adquiridas, es decir, es nuestro ser global de lo que somos y lo que podemos ser, considerando que dentro de toda personalidad se encuentran elementos de origen hereditario y elementos de origen ambiental, siendo la herencia la que proporciona una constitución física y una dotación genética, mediante las cuales se va a captar el mundo y a responder ante él, a la vez el ambiente proporciona elementos de interpretación, pautas para dar significado a los estímulos, y determinar formas de respuesta, siendo esta influencia simultánea de lo hereditario y lo ambiental a través del tiempo y del espacio, la que van dando origen y determinando la personalidad.

Con estos antecedentes se concluye que cada ser humano es único e irrepetible, aunque si bien es cierto, existen muchas personas en el mundo, también es cierto que no existen dos personas que sean exactamente iguales entre sí. Cada ser humano tiene su encanto personal, su modo de ser, su carácter que en concreto se muestra a través de la personalidad, es decir, sus valores, sus puntos de vista, sus actitudes y su modo de ser como tal.

1.1.2.2. El Estrés

La palabra estrés, proviene del griego stringere, que significa «apretar», Diccionario Gaffiot (1934).

Hans Selye (1936), a partir de la experimentación con animales, define por primera vez al estrés como " una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico." (p. 25)

Citando a Galán, S., Camacho, E. definen al estrés como "una amenaza real o implícita a la homeostasis que requiere una respuesta adaptiva". (p. 31)

Mientras tanto, Bernard C. (1867), sugirió que:

Los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del medio externo. (p. 26)

Kertesz, Kerman (1982) cita a Hans Selye (1978), reconocido mundialmente por haber sido el principal científico que definió el concepto de estrés:

El estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia, sea provocada por condiciones agradables o desagradables. Así, las continuas necesidades de ajustes interno y externo (acción) para la supervivencia, movilizan nuestros recursos físicos y mentales, mediante esa respuesta general que es el estrés. Es inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos (infecciones, temperaturas extremas, ruidos, deportes, cambios sociales). (p. 32)

Entonces, se puede afirmar que el estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de que hoy en día se confunde como una patología, dado que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos momentos de la vida, desencadenando problemas graves de salud.

Por ende el estrés, se puede definir como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas que recibe el individuo por parte del ambiente en el que se desenvuelve, a las cuáles debe dar una respuesta, según el mismo la más acorde, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento, y es ahí justamente cuando la demanda del ambiente, sea éste laboral, social, familiar, etc. es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que el individuo posee, lo que implica que se desarrollen una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, generando cambios y nuevas actividades a nivel fisiológico.

Con estos antecedentes, es importante mencionar que el estrés puede ser ocasionado por varios factores, tales como:

Factores Psicológicos

- Ansiedad - Formas de pensar - Tolerancia a la ambigüedad - Personalidad resistente - Locus de control - Otras características individuales (introversión – extroversión) – Autoestima – Edad - Sexo

Factores ambientales

- El Ruido - La Vibración - La Iluminación - La Temperatura - La Higiene - La Toxicidad - La Meteorología - La Postura

Factores socio laborales

- La organización del trabajo - Grado de burocratización - Estructura jerárquica - Grado de responsabilidad - Trabajo por turnos y trabajo nocturno - Sobrecarga de trabajo - Exposición a riesgos y peligros

Así mismo, se hace meritorio mencionar que las características para determinar si un individuo padece de estrés son:

- **Emociones** (ansiedad, miedo, irritabilidad, confusión)
- **Pensamientos** (dificultad para concentrarse, pensamientos repetitivos, excesiva autocrítica, olvidos, preocupación por el futuro)
- **Conductas** (dificultades en el habla, risa nerviosa, trato brusco en las relaciones sociales, llanto, apretar las mandíbulas, aumento del consumo de tabaco, alcohol)

- **Cambios físicos** (músculos contraídos, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, malestar estomacal, fatiga, infecciones, palpitaciones y respiración agitada)

A la vez, hay que tener presente que cuando nos encontramos ante un número creciente de demandas que nos plantean dificultad o nos constituyen una amenaza, buscamos de todas las formas el modo de afrontarlas, sin embargo; cuando respondemos con un “no puedo” estamos haciendo que en nuestro organismo se genere distrés o estrés negativo, por ejemplo; en ocasiones cuando las situaciones del diario vivir, tales como tener mucho trabajo en poco tiempo o realizar actividades de las que no se tienen conocimientos suficientes para realizarlas; ser ascendido en el trabajo a un puesto en el que no encajamos; deber muchas facturas y no tener el dinero suficiente para pagarlas, etc., son situaciones que generalmente muestran indicios claros que se provoca el estrés negativo.

Así pues, contrariamente al estrés negativo, podemos decir que se experimenta el estrés positivo cuando la percepción de capacidad de demanda es mucho más amplia que las verdaderas demandas, en estas situaciones es cuando el estrés da lugar a una sensación de confianza, de control y de ser capaz de abordar y llevar a buen término las tareas, los retos y las demandas concretas, es decir; es la cantidad de estrés necesario que produce el estado de alerta para obtener un rendimiento físico y mental que nos permite ser productivos y creativos.

A la vez, es muy importante alcanzar el equilibrio, para lo cual tenemos que replantearnos nuestra percepción y nuestra interacción con el medio ambiente en el que vivimos porque esto es lo que determina el modo en que contrastamos nuestras demandas con nuestras capacidades de enfrentamiento a las mismas.

Si bien es cierto, el manejo del estrés puede resultar complicado y confuso porque existen diferentes tipos de estrés (estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico), también es cierto que cada uno cuenta con sus propias características, síntomas, duración y enfoques de tratamiento, por lo que la American Psychological Association (2015) las define de la siguiente manera:

Estrés agudo

Esta es la forma de estrés más común, surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano, este estrés es

emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador, por ejemplo; una bajada rápida en bicicleta por una pendiente, es estimulante temprano por la mañana, sin embargo la misma bajada al final del día resulta agotadora y desgastante, ya que andar en bicicleta más allá de sus límites puede derivar en caídas y fracturas de huesos.

Del mismo modo, exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en agonía psicológica, dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas.

En consecuencia y dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo, los síntomas más comunes son: agonía emocional que es una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad, depresión, problemas musculares que incluyen dolores de cabeza, tensión, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarro muscular y problemas en tendones y ligamentos, problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable, además de sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

Estrés agudo episódico

Así mismo la American Psychological Association (2015) se refiere al estrés agudo episódico al cuadro que presentan aquellas personas cuyas vidas son tan desordenadas, siempre están apuradas, pero siempre llegan tarde, aquellas que piensan que si algo les puede salir mal, pues les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias auto impuestas ni las presiones que reclaman su atención, están siempre agitadas, tienen siempre mal carácter, son irritables, ansiosas y están siempre tensas.

Según la APA (2015) otra forma de estrés agudo episódico surge de la preocupación incesante, estos individuos siempre ven el desastre y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación, para ellos el mundo es un lugar peligroso, poco gratificante y punitivo en donde lo peor siempre está por suceder, tienden a agitarse demasiado y a estar tensos, pero están más ansiosos y deprimidos que enojados y hostiles.

A menudo, el estilo de vida y los rasgos de personalidad están tan arraigados y son habituales en estas personas que no ven nada malo en la forma cómo conducen sus vidas, siempre culpan a otras personas y a hechos externos de sus males y problemas, estas personas pueden ser sumamente resistentes al cambio.

Estrés crónico

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente, es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminable, sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

Algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes constantemente, estas experiencias afectan profundamente la personalidad.

Se podría decir que este es el estrés que destruye al cuerpo, la mente y la vida, ya que hace estragos mediante el desgaste a largo plazo, que es el estrés de la pobreza, de las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta.

Este tipo de estrés puede llegar a matar a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer, quienes lo padecen se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal (APA, 2015).

1.1.2.3. Apoyo Social

“El apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo de emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social” (Gracia, Herrero, y Musitu, 1995, citado en Musitu y Cava, 2003).

En otras palabras, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis, sea esta por enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.

“El conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza,

tanto en situaciones cotidianas como de crisis” Lin (1986) citado en Gracia et al, (1995).

Citando a Marín, Pastor, López, (1993) “Bajo el concepto de Apoyo Social se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario” (p. 355)

Mientras que House (1981) menciona que el apoyo social puede definirse como “una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: a.- preocupación emocional (amor, empatía), b.- ayuda instrumental (bienes y servicios), c.- información (acerca del contexto), o d.- valoración (información relevante para la auto-evaluación)”. (p. 39)

Sin embargo Gottlieb (1993) manifiesta que el apoyo social es “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosas en el receptor”.

En este sentido, el apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo, haciendo mención a un sin número de variables (emocionales, económicas, ambientales, físicas, etc.).

Es a través del apoyo social donde se trata de brindar cuidado e información que permita a las personas creer que se preocupan por ellos y que se los quieren, que son estimados y valorados y que pertenecen a una red de comunicación y obligaciones mutuas.

Se puede resumir que el apoyo social es la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas, sean éstas familiares, amigos, profesionales, conocidos y allegados, etc.

El apoyo social nos hace sentirnos queridos, útiles y nos proporciona bienestar, al tener en quien confiar y pedir ayuda, lo cual implica un estado positivo que se proyectará en todas las facetas de nuestra vida tanto en el ámbito laboral como familiar, y en general en la integración social.

Gottlieb B. (1981) citado en la Revista Latinoamericana de Psicología (2006) Vol. 32. p. 328, propone tres niveles de análisis del entorno social vinculados al concepto de apoyo social: “los niveles macro (integración y participación social), meso (redes sociales) y micro (relaciones íntimas)”

NanLin (1986), plantea que “el vínculo de una persona con el entorno social puede representarse en tres niveles distintos: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza”.

A la vez, es importante distinguir entre los términos red social, apoyo social y red de apoyo, ya que la red social hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales, mientras que el concepto de apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual, y la pertenencia a las redes sociales es imprescindible para conseguir apoyo social.

Por otra parte, mientras que el concepto de red social se refiere al conjunto de relaciones sociales, el concepto de red de apoyo hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo (Gracia, Herrero, Musitu, 1995)

Al hablar de red social, se debe mencionar que es el conjunto de individuos que prestan apoyo social, por lo que se puede definir como “un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia” (Speck, 1989)

Según Gallar (2006) las principales redes de apoyo social son:

a) Redes de apoyo social natural

- La familia
- Amigos y allegados
- Compañeros de trabajo
- Vecinos
- Compañeros espirituales

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 sujeto, sin embargo su inconveniente radica en que

estas redes son improvisadas, dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa.

b) Redes de apoyo social organizado

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad Social
- Empresa para la que se trabaja (muchas empresas cuentan con departamento de bienestar social o sistemas organizados de ayuda al empleado)
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventaja la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos, sin embargo los inconvenientes más comunes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno de quien necesita ayuda, y en muchos casos la falta de recursos económicos.

De acuerdo a lo descrito en párrafos anteriores, y conscientes de que el ser humano es un ente con una diversidad de relaciones en un amplio entorno, se puede decir que el apoyo social tiene como función primordial buscar alternativas que favorezcan la satisfacción de necesidades sociales de un individuo, en otras palabras; el apoyo social implica ayudar a las personas a vivir de manera más saludable, incluso en presencia de situaciones estresantes.

1.1.2.4. Inflexibilidad Psicológica

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (2014. 23ª Edición) La inflexibilidad es la constancia y firmeza para no conmovirse ni doblegarse ante algo.

Citando a Morrinson, J. (2014) inflexibilidad significa:

Reacio a hacer cosas que se salgan de la rutina, perfeccionismo que dificulta terminar las tareas, preocupación por las reglas, listas y el orden, no ve el bosque por ver los árboles, se resiste a que otros hagan las cosas a su propio modo, rígido en cuanto a la moral y la ética.

Al hablar de Inflexibilidad psicológica, podría decirse que es la inhabilidad para modular el comportamiento en función de su utilidad (el individuo va cambiando o persistiendo cuando es necesario) para alcanzar los objetivos deseados, es decir; se entiende la inflexibilidad psicológica como la incapacidad para ajustar el comportamiento sobre la base de su utilidad en la consecución de los fines deseados, incluyendo no ser capaz de cambiar un comportamiento cuando el cambio es necesario y no ser capaz de persistir en un comportamiento cuando se necesita.

Una personalidad inflexible es aquella que es resistente al cambio, incluso si ese cambio es beneficioso.

Según la revista *Health and Addictions* (2014), Vol. 14, No.2, p.100:

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

Evitación experiencial

Es el intento de escapar o evitar situaciones susceptibles de eventos privados (pensamientos no deseados, recuerdos, sensaciones físicas), incluso cuando el intento causa daño psicológico.

La evitación experiencial ocurre cuando la persona no desea más tener ciertas experiencias privadas indeseables (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales) por lo que hace cualquier cosa para alterar la forma y la frecuencia en que ocurren estos fenómenos y el contexto que los ocasiona, a pesar del costo significativo que esto le represente. Sin embargo, el querer escapar de estas situaciones, esforzándose para suprimirlas, desafortunadamente produce que estas se hagan más insidiosas.

Como se citó en L. F. Vargas Madriz y R. Ramírez Henderson (2012, p.104) Blackledge y Hayes (2001); Gaudiano (2009); Ruiz (2010); Ruiz y Luciano (2009); Wilson y Luciano (2002); Yovel (2009):

Es necesario aclarar que la evitación experiencial no es un problema psicológico en sí mismo, pero se convierte en una dificultad cuando imposibilita a la persona a realizar de forma adecuada sus diversas labores cotidianas, lo que dentro del marco de la ACT se conceptualiza como inflexibilidad psicológica.

En consecuencia, la inflexibilidad psicológica hace referencia a la posibilidad que tiene el ser humano de conectarse con los eventos que le ocurren, al tiempo que elige ya sea abandonar o persistir en una acción que implica malestar pero que está dentro de los valores que identifica como propios.

En este sentido la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés), busca el equilibrio entre la atención y los procesos de aceptación con el compromiso y los procesos de cambio del comportamiento al servicio de una mayor posibilidad de adaptación y participación en base a los valores establecidos en el individuo, es decir; enseña habilidades que permite al individuo pensar y sentir lo que realmente piensa y siente, así como reconocer su historia y lo que la situación permite, de manera que pueda decidir si persistir o abandonar acciones de acuerdo a su razonamiento empírico.

1.1.2.5. Compromiso Vital

El compromiso hace referencia a la implicación con la meta elegida, a la actitud de elegir el camino vital en función de los valores personales propios de manera que esa “realidad psíquica individual” que cada uno de nosotros construimos, se convierta en un compromiso vital lleno de sentido; en una palabra, en una vida vivida en plenitud y con sentido de lo que se vive en cada momento. (Alvarez, 1999, p. 16)

“El ser humano está formado por dos grandes facultades: la inteligencia y la voluntad. De aquí que el conocimiento esté relacionado con el trabajo de la inteligencia y la ética y lo moral estén vinculados a la voluntad”. (Lonergan, 1998).

Por lo tanto, el compromiso pasa a ser como la brújula del comportamiento, la palabra compromiso cuando responde a una realidad vivida desde lo más íntimo de nosotros mismos adquiere un valor de autenticidad y sinceridad, porque solo en esa medida somos fieles a lo que nos hemos propuesto en la vida.

Por su parte, el compromiso vital engloba todas las responsabilidades que tenemos las personas ante una sociedad, lo que implica el cumplimiento de las leyes, la solidaridad y colaboración con un desarrollo productivo, y sobre todo una buena predisposición para colaborar por el bienestar de toda una comunidad de la que el individuo forma parte, con la finalidad de vivir en orden y armonía.

1.1.2.6. Resiliencia

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, donde el término **resilio** significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.

“Este 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).

Según Grotberg (1996) “El concepto de resiliencia en los seres humanos es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”.

“La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida” Suárez Ojeda (1995).

Citando a Kotliarenco y Cáceres (2011);

La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales.

“La resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas” Chávez e Yturralde (2006).

“Resiliencia es saber afrontar la adversidad de forma constructiva. Saber adaptarse con flexibilidad y salir fortalecido del suceso traumático” Santos (2000).

Ahora bien, en términos psicológicos, podríamos decir que se entiende por resiliencia a la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas que se presentan en su trayecto de vida, por ejemplo la muerte de un ser querido, un accidente, pérdida de un trabajo, etc., en los momentos difíciles es este factor el que ayuda al individuo a enfrentar y superar los problemas y desafíos, siendo su educación, las relaciones familiares y su contexto social los que lo favorecerán o no con el desarrollo de esta.

También se puede decir que la resiliencia, es el convencimiento que tiene un individuo para superar los obstáculos de manera exitosa sin pensar en la derrota a pesar de que los resultados estén en contra.

En fin, se puede resumir que la resiliencia es la entereza más allá de la resistencia, es la capacidad que tiene el ser humano de sobreponerse a un estímulo adverso, sin que esto signifique que el ser resiliente no es ser extraordinario, sino que es tener la capacidad de desarrollar actitud y firmeza, donde el apoyo social como interpersonal desempeña un papel muy fundamental para el proceso de recuperación.

Según Fernández (2010) “existen una serie de características como competencia social, robustez, invulnerabilidad, resistencia al estrés; las cuales pueden definir una personalidad resiliente”.

Y menciona ciertos factores de la personalidad que son protectores y favorecedores de la resiliencia y por el contrario, factores perjudiciales o de vulnerabilidad:

Factores protectores y favorecedores de la resiliencia:

Factores personales de protección: - Control emocional y valoración positiva de uno mismo. - apoyo social y estilos de vida equilibrados. - afrontamiento activo de las dificultades cotidianas. - sentido del humor. - actitud positiva ante la vida. - creencias religiosas o espirituales. - aceptación de las limitaciones personales. - satisfacción laboral y/o personal.

Factores perjudiciales o no resilientes:

Vulnerabilidad. - carencias en el sentido del compromiso (alienación). - un locus de control externo. - tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado. - personas rígidas.

Todo el mundo, en cualquier etapa de su vida y en cualquier ámbito, puede encontrarse en una situación traumática que podría superar; y al hacerlo, y salir fortalecido pues ha adquirido nuevas experiencias y estrategias de afrontamiento que favorecerán el crecimiento de los valores de resiliencia personal, por lo que se puede decir que la resiliencia es un proceso que puede ser promovido y aprendido.

1.1.2.7. Ansiedad y Depresión

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo esta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986 citado en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003)

“La ansiedad es una reacción normal del organismo que nos ayuda a enfrentar situaciones desafiantes o peligrosas en nuestra vida cotidiana” Bobes (2002, p.223)

Según la OMS (2015), “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Según Sudupe, Taboada, Castro, Vásquez (2006) “Por definición, el concepto depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, aunque en mayor o menor grado siempre está también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático”. (p. 1)

Con estos enunciados, se puede decir que la ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas en algún momento o etapa de nuestro diario vivir sentimos un grado moderado de ansiedad ante un evento, siendo esta una respuesta adaptativa.

La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una reacción defensiva para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar, generando así una respuesta desproporcionada (no adaptiva) a un estímulo determinado y como resultado de ello, el individuo se ve incapaz de enfrentarse a situaciones, lo que trastorna su vida diaria.

Cabe mencionar que la ansiedad no produce lesiones en el corazón ni induce a las personas a la locura, sin embargo, genera sentimientos de infelicidad, depresión, alteraciones del sueño, deterioro de las relaciones familiares, consumo de sustancias tóxicas, entre otros desajustes psicológicos.

Contrariamente, si hablamos de depresión, se puede decir que es una enfermedad que afecta las esferas física, emocional, intelectual, espiritual y social de quien la padece, transformándose en un problema de salud, más no en un problema de voluntad.

Por lo tanto, se define a la depresión como el conjunto de signos y síntomas que afectan de manera significativa nuestro bienestar y nuestra interrelación con el medio ambiente, ya que cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por dicha persona.

Cuando estamos deprimidos nada se ve bien, ni suena igual, ni se siente agradable, ni parece divertido, es un pequeño monstruo que se apodera de nuestra vida y que nos obliga a ir cavando un hoyo cada vez más oscuro y negro dentro de nuestra existencia.

De ahí que no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas, la gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular, y estos síntomas pueden incluir: sentimientos de tristezas, ansiedad o vacío, desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, irritabilidad, perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, desesperación y desprecio de uno mismo, inquietud, pérdida de interés en las actividades y pasatiempos que antes disfrutaba, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio, además de dolores y malestares

persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Al hablar de depresión, se debe mencionar que el origen de un estado depresivo es multifactorial, dado que existen ciertos factores pre disponentes para que ocurra, estos factores son biológicos, psicológicos y sociales.

A la vez, la ansiedad se genera como consecuencia a las dificultades que el ser humano experimenta en su vida cotidiana, lo que genera falta de recursos internos, a la hora de adaptarse a los cambios que se van produciendo en su vida, de ahí que la ansiedad es normal, siempre y cuando sea adaptativa y permite al sujeto responder al estímulo de forma adecuada.

1.1.2.8. Satisfacción Vital

“La satisfacción con la vida es una dimensión psicológica clave del bienestar y al hablar de bienestar nos referimos al estado del individuo en el que se encuentran satisfechas necesidades, tanto objetivas como subjetivas”. (Cabañero et al. 2004; Kahn y Juster. 2002, como se citó en Muñoz J. junio 2012).

Como señalan Triadó, Villar, Solé y Osuna (2005), “en el bienestar subjetivo se estudian las experiencias emocionales de las personas, la satisfacción de diferentes dominios vitales y la valoración global de la propia vida”.

Tanto Cabañero como Triadó y otros, al hablar sobre el concepto de satisfacción vital, hacen referencia al bienestar que el individuo experimenta en un determinado periodo de tiempo, lo que implica la aceptación y satisfacción sobre su situación de vida, es decir; lo que el individuo considera como bueno, será bueno para éste, por lo que se sentirá satisfecho y feliz de acuerdo a su manera de pensar, a sus expectativas por lo que se dice que es una visión subjetiva.

Según Dávila y Díaz (2005) “Una de las cuestiones más características y distintivas del ser humano es su capacidad para valorar su calidad de vida”.

La satisfacción vital, es definida de acuerdo con Shin y Johnson (1978) como “el juicio global que una persona hace de su calidad de vida, de acuerdo con criterios escogidos por ella misma”.

En este sentido, Veenhoven (1984) y Cole, Peeke y Dolezal (1999), señalan que:

La evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluye una dimensión cognitiva (referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o la satisfacción por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas), cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias.

Horley (1984), afirma que la satisfacción vital es la “evaluación personal que cada uno hace de sus condiciones particulares, comparada con un referente externo o sus propias aspiraciones”.

Analizando los párrafos anteriores, se resume que al hablar de satisfacción de vida, nos referimos al grado en que la persona evalúa la calidad de la vida que lleva, verifica cuanto le gusta su vida considerando el conjunto que abarca la satisfacción vital(familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre, economía, satisfacción consigo mismos y satisfacción interpersonal, ocio, etc.).

A la vez, es muy importante mencionar que la satisfacción con uno mismo está muy vinculada a la satisfacción con los demás o satisfacción interpersonal, la que parece relacionada con el bienestar, cuando una persona se siente realizada ante sus proyectos de vida en todo ámbito se podría decir que tiene una satisfacción de vida plena.

2. Consumo de Drogas

2.1. Consumo problemático de Drogas

Antes de entrar a la problemática del consumo de las drogas, es muy importante recordar lo que son las drogas en general; y en el sentido amplio del término, puede decirse que droga es una sustancia química que tiene efectos biológicos conocidos en los seres humanos o animales.

De acuerdo al Diccionario de Español Océano (1996) el concepto de Droga es: “sustancia natural, de origen vegetal o animal, o sintética, que se emplea en química o en tintorería, o en farmacia y medicina”

“Semánticamente, el vocablo droga se refiere a sustancias que producen algún efecto sobre la fisiología humana, en especial sobre la esfera psíquica. (Antón, 2006, p.127)

Hourmilougué (1997) cita a la OMS: "Droga" es 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.

A la vez la definición original de la Organización Mundial de la Salud (1994) indica que droga es el término más adecuado para referirse a sustancias que se usan sin fines terapéuticos; alteran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales; pueden ser auto administradas; y pueden inducir estados biológicos adaptativos en sus usuarios.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, droga es una sustancia que al ser introducida en nuestro cuerpo modifica el pensamiento, las sensaciones, emociones y por ende el comportamiento de quien la consume, ya que cuando se consume drogas, éstas inciden de manera directa sobre nuestro cerebro e interfieren en su funcionamiento.

Si bien es cierto, su actuación inicia en el sistema límbico, que está en la parte más interna del cerebro, y provocan una sensación artificial de placer, a la vez también es cierto, que las drogas alteran los sistemas circulatorio, digestivo, nervioso y endócrino, y puede generar la aparición de graves trastornos psicosociales, sin embargo a veces el impacto sobre la vida de la persona puede llegar a ser tan o más grave que las enfermedades que lleva asociadas, ya que puede generar alteraciones psicológicas, conflictos relaciones (familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo, etc.) así como trastornos del comportamiento (dificultades de aprendizaje, problemas laborales, actos delictivos, accidentes, etc.).

Adicionalmente hay que mencionar que todas las drogas producen uno o varios cambios físicos y psicológicos, sin embargo, no todas las drogas generan adicciones, únicamente lo podrían hacer aquellas que son llamadas “psicoactivas”, es decir, las que afectan el sistema nervioso central estimulándolo o deprimiéndolo, y que pueden generar abuso y dependencia por parte de la persona que las ingiere.

También hay que tener en cuenta que todas las drogas significan un riesgo y no existe consumo alguno que pueda considerarse totalmente seguro, dicho riesgo resulta de la

combinación de tres factores: los efectos que provoca la sustancia, la manera de utilizarla (dosis, forma de administrarla, efectos que quieren obtenerse con ella) y la vulnerabilidad del consumidor.

Ahora bien, se debe realizar una aclaración sobre el uso y abuso de las drogas, y podríamos decir que se cataloga como “uso de drogas” el consumo que no ha provocado daños físicos o psicosociales en el individuo, mientras que el “abuso” de estas sustancias (las drogas) ya implica un nivel de riesgo y un malestar importantes en la persona, ya que cuando se habla de abuso, se entiende que se encuentran presentes consecuencias físicas, sociales y psicológicas en la persona.

Así mismo la dependencia o adicción supone un deterioro significativo y un malestar importante en el sujeto, esto conlleva a un desarrollo significativo de la tolerancia a la droga (es decir, se desarrolla una necesidad constante de incrementar las dosis utilizadas para lograr el efecto deseado, pues al utilizar las mismas dosis los efectos de la droga disminuyen), una pérdida de control sobre el consumo, una reducción de las actividades sociales, laborales o recreativas, e incluye dedicar mucho tiempo a conseguir, consumir y recuperarse de los efectos del consumo.

De igual forma, se considera adicción a algo, cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin ese algo, al hablar de alguna sustancia, se cree que un individuo es adicto a ella cuando la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva, es decir, no pueden parar de consumir, siente que vive por y para las drogas, de ahí que se entiende que existe una drogadicción cuando se tiene la necesidad inevitable de consumir alguna sustancia y se depende física y/o psíquicamente de ella.

Cuando hay adicción a una sustancia, se produce también dependencia de ella, en estos casos, las drogas se tornan indispensables en la vida cotidiana de quienes las consumen, no ya por el placer de consumirlas, sino para evitar el displacer que su ausencia causa en la vida del consumidor.

Tipos de Droga

Las drogas pueden clasificarse en función de las restricciones legales establecidas en cada estado particular respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias.

Drogas o sustancias lícitas. - Se expenden libremente de acuerdo a los deseos de cada consumidor, ejemplo, las bebidas alcohólicas y el tabaco. De igual manera existen drogas que se utilizan principalmente como medicamento y que generalmente se obtienen mediante prescripción médica.

Drogas o sustancias ilícita. - Estas varían de acuerdo a la legislación de cada país, y son aquellas cuyo comercio se considera ilegal, como los derivados cannabis, la heroína y la cocaína, etc.

Así mismo se considera la clasificación farmacológica de las sustancias psicoactivas, tomando en cuenta sus efectos sobre el sistema nervioso central y el cerebro.

Drogas depresoras. - Una droga depresora es aquella que ralentiza o inhibe las funciones o la actividad de alguna región del cerebro. Tienen la capacidad de dificultar la memoria, disminuir la presión sanguínea, ser analgésica, producir somnolencia, ralentizar el pulso cardíaco, actuar como anticonvulsivo, producir depresión respiratoria, coma, o la muerte.

A la vez, este grupo se subdivide en varios subgrupos:

Antihistamínicos – Antipsicóticos – Disociativos – Gabanérgicos – Glicinérgicos
– Narcóticos - Simpatológicos.

Drogas estimulantes. - Es aquella que produce mejoras temporales de la actividad neurológica o física, también pueden producir síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea, aceleración del pulso sanguíneo, mejora del equilibrio, hiperalgesia, euforia, disminución del apetito, sueño, convulsiones, manía o la muerte.

Este grupo se subdivide a su vez en subgrupos:

Adamantanos – Alquilaminas – Ariciclohexilaminas – Benzodiazepinas –
Colinérgicos – Convulsivos – Eugeroícos – Oxazolinas – Feniletilaminas –
Piperazinas – Piperidinas – Pirrolidinas – Tropanos.

Drogas alucinógenas. - Una droga alucinógena es aquella droga que produce cambios en la percepción, consciencia, emoción o ambos.

Este grupo se divide a su vez en otros tres:

Psicodélicos. - Producen una alteración en la cognición y la percepción, suelen agruparse en lisergamidas (destaca el LSD, feniletilaminas, piperazina y otros.

Disociativos. - Producen un bloqueo de las señales de la mente consciente hacia otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, disociación y trance, sedación, depresión respiratoria, analgesia, anestesia o ataxia, así como pérdida de las facultades mentales y la memoria, Se dividen en adamantanos, arilciclohexilaminas y morfinanos.

Delirantes. - Producen delirios, a diferencia de los alucinógenos psicodélicos y disociativos en el que se mantiene cierto estado de consciencia, se dividen en anticolinérgicos, antihistamínicos y GABA-agonistas.

Drogas opioides. - Los opioides son las drogas que se unen a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal.

Hay tres grandes clases de sustancias opiáceas:

Alcaloides del opio

Morfina - Codeína

Opiáceos semi-sintéticos

Heroína - Oxycodona

Opioides completamente sintéticos

Petidina - Metadona (tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio)

2.2. Consumo problemático de Alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), “el consumo de alcohol es una de las conductas más directamente relacionadas con la mortalidad y la pérdida de salud en todo el mundo”.

Citando lo mencionado en la Guía sobre drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) “El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de

autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante”. (p. 17)

La O.M.S. (1994) define al Alcohol, en terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas.

Como se menciona en los párrafos anteriores, el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, y es la droga legal de más alto consumo en nuestro país, cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura y tradición.

El alcohol etílico que contienen las bebidas alcohólicas se produce durante la fermentación de los azúcares por las levaduras y es el que provoca la embriaguez. El alcohol ingerido en una bebida es absorbido en el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas, para ser eliminado finalmente a través del hígado.

Una de las consecuencias más graves del consumo excesivo de alcohol es el alcoholismo o dependencia alcohólica, que es una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.

Los problemas derivados del abuso de alcohol pueden producirse tanto a corto como a largo plazo.

Al referirnos a las consecuencias a corto plazo; estamos hablando de los siguientes riesgos:

- Se puede llegar a la intoxicación etílica, que puede provocar un coma e incluso la muerte.

- Favorece conductas de riesgo, ya que el alcohol desinhibe y, además, provoca una falsa sensación de seguridad, por ello, está relacionado con accidentes de tráfico y laborales con prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Sin embargo, al referirnos a las consecuencias a largo plazo; es importante mencionar que el consumo excesivo de alcohol puede provocar importantes problemas de salud, conflictos familiares y sociales, entre los problemas de salud se destaca los siguientes:

- Hipertensión arterial - Alteraciones del sueño – Gastritis – Agresividad - Úlcera gastro duodenal – Depresión - Cirrosis hepática – Disfunciones sexuales – Cardiopatías - Deterioro cognitivo – Encefalopatías – Demencia – Cáncer– Psicosis

2.3. Causas de consumo de alcohol y drogas

De acuerdo a lo citado por J. Moya, et al. (2008) El consumo de alcohol en la adolescencia es multicausal (Ibáñez et al., 2008; Sher et al., 2005).

Desde el modelo biopsicosocial, el consumo de alcohol se explicaría mediante las interacciones de variables biológicas, psicológicas y sociales (Ruipérez et al., 2006; Vega, 1992; Zucker et al., 1994).

Citando a M. Rojas (2013),

Existe suficiente información epidemiológica para sostener que los púberes y adolescentes son los más vulnerables al consumo de sustancias legales, ilegales y drogas médicas dado que su identidad se encuentra en un estadio de formación, además de la marcada fluctuación de estados de ánimo que los sensibiliza al uso experimental y recreativo.

Desde este punto de vista y considerando que la adolescencia se caracteriza por ser el tiempo para probar cosas nuevas, no obstante se presume que los adolescentes usan el alcohol y otras drogas por curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para sentirse como personas “adultas” o para “pertenecer a un grupo”, entre otras razones adicionales.

A la vez es difícil poder determinar cuáles de los adolescentes van a experimentar y parar ahí, y cuáles van a desarrollar problemas serios, sin embargo se puede predecir que los adolescentes que corren el riesgo de desarrollar problemas serios con el alcohol y las drogas pueden ser aquellos con:

- Un historial familiar de abuso de sustancias
- Presas fácil de la Depresión
- Poco amor propio o autoestima
- Que sienten que no pertenecen y que están fuera de la corriente

Botvin y Botvin (1992) menciona que “el uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas comportamentales y obedece a leyes similares”

A su vez, Moral, Rodríguez y Sivent (2006), resaltan que “tener relaciones con amigos conflictivos y mostrar conductas violentas, está relacionado con la actitud favorable de consumo de sustancias”.

Es importante recalcar que el fenómeno de la drogadicción y el alcoholismo no afecta a estatus sociales definidos, ni a culturas o poder adquisitivo en especial, es decir; este fenómeno afecta a la sociedad en general.

En general, en la mayoría de personas sobre todo en los adolescentes, el uso de drogas corresponde a un afán de huir de la realidad, ya que éstas proporcionan una vía de escape, un alivio temporal a los problemas personales, familiares o sociales.

Quienes consumen drogas y alcohol, ven a esta actividad como una puerta de salida frente al vacío existencial presente en el interior de ellos, el cual los lleva a volcarse en búsqueda de salidas ilusorias que llenen dicho vacío.

Algunos factores que favorecen el consumo de drogas y alcohol pueden ser clasificados del modo siguiente:

De tipo social:

Citando a López, Sánchez, Ros y de Rueda (2001) se menciona que “para entender el comportamiento de los adolescentes, hay que entender lo que está ocurriendo en el contexto de sus iguales, o lo que perciben que está ocurriendo”.

Desde este punto de vista, citando a Clark, (2004); Sher et al., (2005) “la variable ambiental más directamente relacionada con el uso que se hace del alcohol en la adolescencia es el consumo de los amigos”.

Además, se hace meritorio mencionar que bajo esta categoría se analiza la existencia de una amplia disponibilidad de drogas, legales e ilegales, lo que hace mucho más fácil el acceso y el consumo de las mismas, tales como tranquilizantes, somníferos, hipnóticos, etc., los cuales se pueden conseguir en las farmacias sin receta médica, y si nos referimos al alcohol habría que resaltar su aceptación social como parte de nuestra cultura.

Los medios de comunicación y sistemas educativos favorecen también el consumo de drogas y alcohol al promover valores distorsionados (el placer y la satisfacción como meta última de la vida, el consumismo, el sentirse bien a cualquier precio, el vivir el momento, etc.)

Las ansias de los jóvenes de pertenecer a un grupo, de sentirse parte de un círculo social determinado, y las presiones por parte de los "amigos", pueden hacer también que el joven se vea iniciado en el consumo de drogas y alcohol.

De tipo familiar

En el ambiente familiar, “tanto el consumo patológico como el elevado consumo no patológico por parte de los padres parece facilitar que se comience a beber alcohol y a desarrollar un consumo regular abusivo a una edad más temprana” Chassin et al., (2002; 2004); Clark et al., (2005); Hill et al., (2000); Lieb et al., (2002).

Se dice que el ejemplo de los padres influye mucho en sus hijos, por lo que si los padres son fumadores, bebedores o toxico dependientes sus hijos pueden ser más proclives a tomar drogas en comparación con los hijos de padres que no lo son.

De igual manera un ambiente familiar demasiado permisivo, donde no exista disciplina o control sobre los hijos; o demasiado rígido, donde los hijos se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario o se encuentren sobreprotegidos, puede también fomentar el consumo de drogas y alcohol.

Citando a Alvarez et al., (2003); Anderson y Henry, (1994); Frias, Armenta, (2002); Li et al., (2000); Steinberg et al., (1994); Wills et al., (2004) “los estilos educativos más

severos, más sobreprotectores o más permisivos, y los relacionados con un estilo afectivo menos positivo se han relacionado con inicios más tempranos y más severos de uso, abuso y adicción al alcohol en la adolescencia”.

La falta de atención de los hijos por parte de los padres, las familias divididas o destruidas, las continuas peleas de los cónyuges frente a los hijos, la falta de comunicación entre hijos y padres, todos estos son factores que contribuyen a crear un clima de riesgo, donde la droga y/o el alcohol puede convertirse fácilmente en una válvula de escape.

De tipo individual

De acuerdo a Iribes et al., (2008); Sher et al., (2005); Wills y Dishion, (2004). “una de las variables psicológicas que más se ha relacionado con el consumo de alcohol es la personalidad”.

Muchos factores personales pueden influir en la decisión de consumir drogas y/o alcohol, por lo que algunas personas los usan como medio para compensar la frustración, soledad, baja autoestima o problemas afectivos, ya que bajo el efecto de las drogas o el alcohol o ambos, la persona experimenta un estado de euforia que le hace olvidar los problemas o las limitaciones que tenga. Lo malo es que es una ilusión, porque luego de ese estado de euforia viene una frustración incluso mayor que la inicial, lo que lleva a la persona a recurrir nuevamente a su consumo.

Así, Albert et al., (2007); Brown et al., (1987); Cooper, (1994); Kuntsche et al., (2006); Pons y Berjano, (1999), mencionan que “poseer unas expectativas, motivaciones y actitudes más positivas y menos negativas hacia el alcohol incrementarían la probabilidad de beber alcohol de forma frecuente y en grandes cantidades”.

De igual manera hay que reconocer que hay quienes se inician en la droga o el alcohol por curiosidad, o para experimentar sensaciones nuevas ante una cierta apatía, hastío, aburrimiento o incluso sinsentido de la vida. Ante el vacío que experimentan, la droga y/o el alcohol se presentan como una posibilidad, aparentemente atractiva, de llenar ese vacío.

Si se aborda la adolescencia en su dimensión de construcción de identidad, autonomía y ejercicio de la ciudadanía puede afirmarse que los jóvenes atraviesan una particular etapa de transición que los hace particularmente vulnerables.

Los adolescentes pueden estar comprometidos en varias formas con el alcohol y las drogas legales o ilegales, ya que para la mayoría de ellos es común el experimentar con el alcohol y las drogas durante esa época.

Desgraciadamente, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias en el futuro, dado que ellos tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan.

Las señales principales del uso de alcohol y del abuso de drogas por los adolescentes pueden incluir:

Físicas

Fatiga, problemas al dormir, quejas continuas acerca de su salud, ojos enrojecidos y sin brillo y una tos persistente.

Emocionales

Cambios en la personalidad, cambios rápidos de humor, irritabilidad, comportamiento irresponsable, poco amor propio o autoestima, carencia de juicio, depresión, retraimiento y una falta general de interés.

De Familia

El comenzar argumentos, desobedecer las reglas, el retraerse o dejar de comunicarse con la familia.

En la Escuela

Interés decreciente, actitud negativa, calificaciones bajas, ausencias frecuentes, faltas al deber y problemas de disciplina.

Problemas Sociales

Amigos o pares envueltos con drogas y alcohol, problemas con la ley y el cambio dramático en el vestir y apariencia.

Sin embargo hay que mencionar que existen factores de protección en varios ámbitos, como:

- El apoyo social, Gancy y Van Dulmen (2010)
- El monitoreo parental, Goldstein, Davis-Kean y Eccles, (2005)

- La adecuada comunicación y el tiempo de interacción en el día a día de padres e hijos, Goldstein et al., (2005); Kuntsche y Kuending, (2006)
- La religiosidad, Brown et al., (2009); Windle et al., (2009).

En consecuencia, se recalca el papel que desempeñan los adultos, ya que ellos son guías para el buen vivir, considerando que mostrar interés en la vida de sus hijos puede ser tan sencillo como conversar con ellos, de ahí la importancia en apoyar a los adolescentes para que aprendan a expresarse sin miedo, lo que les dará más probabilidades de participar en actividades ya no solo con sus progenitores, sino con sus amigos y sus comunidades en general, lo que mejorará su autoestima y se convertirán en modelos positivos de conducta.

2.4. Consecuencias del consumo de Drogas y/o Alcohol

Citando a Espada, Méndez, Griffin, Botvin (2003)

Las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son; la intoxicación etílica aguda o embriaguez, ya que a mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento, y la intoxicación etílica grave que puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.

Según Perula et al., (1998); Vega, (1989). Al referirse a los problemas escolares, menciona “el consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar”.

Considerando la práctica del Sexo no planificado, O’Hara et al. (1998) hallaron que “un tercio de las experiencias sexuales entre adolescentes tenían lugar después de haber tomado drogas”.

Sin embargo Cooper et al. (1994) acota “aunque los adolescentes disponen de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, la embriaguez puede actuar como una barrera que dificulta la puesta en práctica de las conductas de salud”.

Así mismo hay que mencionar los accidentes de tránsito como otra consecuencia del consumo de alcohol y/o drogas, ya que el riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol.

Según Romero (1994), “hasta un 60% de los accidentes de tráfico se explican por la combinación jóvenes-alcohol-drogas-fin de semana”.

En cuanto a la salud física la adicción y/o dependencia a las drogas o alcohol, suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

De igual manera hay que mencionar que dicho consumo además puede originar o intervenir en la aparición de diversas enfermedades, en daños, perjuicios y problemas orgánicos y trastornos psicológicos, como padecer de estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

Si nos referimos a las consecuencias sociales, los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, de ahí que cuando ellos comenzaron a necesitar más a las drogas que a las otras personas es cuando comienzan a arruinarse o destruir las relaciones íntimas y perderse las amistades, dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución".

El abuso de las drogas y el alcohol, puede también perjudicar a terceros, entre ellos a la economía familiar, ya que el dinero con que se compra las drogas y/o el alcohol puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa de los demás de sus integrantes.

De igual forma el discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares, de ahí la generación de problemas afectivos, según Pons y Bejarano (1999) “varios estudios han puesto de manifiesto la relación entre abuso de alcohol y drogas y suicidio, ya que aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del alcohol”.

Con estos antecedentes, se hace meritorio mencionar que las reacciones violentas de la adicción y/o dependencia pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos, de ahí que la relación con la familia, amigos o pareja se altera, ya que

aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento de los seres que más se quieren.

3. La Adolescencia

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, empiezan a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables, UNICEF (2002).

La Organización Mundial de la Salud (1992) define la adolescencia como la:

Etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y en la cual se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud.

Mientras que Kaplan (1991, p.59) considera a la adolescencia como “la última gran ola del crecimiento humano, una ola que arroja al niño a las orillas de la edad adulta tan relativamente indefenso como tras un segundo nacimiento”.

Citando a Silva (2008, p.317) se define a la adolescencia como:

Una construcción social que ocurre en una etapa de la vida liminal del sujeto, y que es vivida como un estado ambiguo. Es el paso sorprendente del umbral de una niñez que ya no les pertenece, a una futura adultez que les es ajena, con una maduración fisiológica vivida como un torbellino de cambios.

Analizando lo mencionado en párrafos anteriores, la adolescencia implica reconocer que el niño que teníamos en casa irremediamente deja de serlo, dado que durante un periodo aproximado de cuatro años, en el niño se producen cambios importantísimos que lo transformarán en un joven en busca de conocimientos hasta sentirse totalmente preparado para la vida adulta.

En otras palabras, se puede decir que la adolescencia es, la transformación del infante antes de llegar a la adultez, considerando que al hablar de cambios, nos referimos a cambios tanto en el cuerpo como en su mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga e interacciona con su entorno (familia, pares, sociedad).

Es importante tener presente que la adolescencia es una época principalmente de cambios, ya que en esta etapa se marca el proceso de transformación del niño en adulto, siendo una etapa de descubrimiento de la propia identidad (psicológica y sexual) así como la de autonomía individual.

Peter Blos, citado en Silva (2008, p. 317 - 320) distingue varias etapas en la vida adolescente:

La pre adolescencia, se presenta entre los 11 a 13 años, es caracterizada por cambios físicos “maduración de la pubertad” que se inicia con caracteres sexuales marcados como las primeras eyaculaciones y la menarca en las niñas, a esta edad la comunicación con los padres y mayores en general es escasa, y por otra parte, no es agradable ni para ellos, ni para sus padres, tocar esos temas, por lo que las conversaciones sobre estas temáticas se dan casi siempre con sus pares de amigos, para calmar la ansiedad y miedos a estas experiencias nuevas.

La adolescencia temprana, comprendida entre los 14 a 17 años, implica momentos de cuestionamiento de valores y reglas, donde los amigos adquieren mayor importancia y hay gran admiración por figuras famosas, ídolos, músicos, deportistas, etc.

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos.

La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, así mismo las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.

Adolescencia tardía, entre los 17 a 21 años, el crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros, el pensamiento abstracto está plenamente establecido, están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos, por lo que puede definirse como una fase ya estable.

3.1. Desarrollo Biológico

Al hablar de cambios biológicos, nos referimos a los cambios físicos que se producen en el cuerpo del individuo, como el crecimiento en altura, el aumento de peso y de grasa corporal, la evolución de lo que es la dentición o el crecimiento de los músculos. De acuerdo a lo mencionado por Iglesias Diz (2013, p.90):

La GH, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento, La GH es la hormona clave en el crecimiento longitudinal; está secretada bajo la influencia del factor de liberación GHRH y la somatostatina.

No obstante, es cierto, que aunque estos cambios se producen tanto en los chicos como en las chicas, cada género tiene además sus propias evoluciones físicas, así, por ejemplo, los individuos masculinos ven cómo les va apareciendo el vello en áreas como los genitales, el bigote o las axilas y además son testigos del crecimiento de sus órganos sexuales.

Las adolescentes del género femenino, por su parte, además de experimentar el crecimiento del vello en su cuerpo, sufren lo que se conoce con el nombre de menarquía que es la primera menstruación.

Según Silva (2006) “cuando se produce el desencadenamiento o inhibición de la agresividad y la violencia que en general y que a menudo está ligada a la presión de grupos; los responsables biológicos de estos estados son la serotonina, testosterona, corticosteroide”.

Citando a Iglesias Diz (2013, p. 89) se dice que “hay un aumento de las hormonas secretadas en la capa reticular de la corteza suprarrenal, la dehidroepidrosterona (DHEA), la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS) y la androstendiona. Estas hormonas actúan como precursoras de potentes hormonas, como la testosterona y la dehidrottestosterona”

Según la UNICEF (2002),

A partir de aproximadamente los 11 años de edad, se produce una explosión de actividad eléctrica y fisiológica, que reorganiza drásticamente miles de millones de redes neuronales que afectan a las aptitudes emocionales y a las habilidades físicas y mentales. La cantidad de materia gris en algunas zonas del cerebro puede casi doblarse en sólo un año, luego, desde la mitad de la segunda década hasta mediados de la tercera, se purgan las células que no se necesitan y el cerebro continúa reorganizándose.

Durante la primera adolescencia, se produce un avance fenomenal en el pensamiento abstracto. El córtex prefrontal (situado detrás de la frente) desarrolla nuevas e importantes funciones y no madura totalmente hasta la edad de 18 años.

Además, áreas del cerebro asociadas con funciones como la integración de la vista, el olfato y la memoria se desarrollan durante la adolescencia, al igual que el área cerebral que controla el lenguaje.

3.2. Desarrollo Social

“El adolescente anhela una mayor independencia del contexto familiar y otorga un papel cada vez más decisivo al grupo de iguales” (Sullivan, 1953; Erwin, 1998).

“Los adolescentes que mantienen relaciones estrechas con sus compañeros de edad y se identifican con ellos, sacan provecho de ello y avanzan hacia la edad adulta con menos problemas” (Jackson, 1997).

Erikson (1963) menciona “El adolescente se enfrenta a la definición de su identidad”.

Musitu, Cava (2003) citan a (Lin y Ensel, 1989; Herrero, 1994; Cava, 1995; Musitu et al., 2001) para acotar:

Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes.

A nivel social, la individualización, el deseo de separarse de los padres y el afianzamiento de los géneros, forman parte de esa revisión de valores morales junto al escrutinio de las figuras de autoridad, que pueden generar formas violentas de expresión y/o conductas agresivas.

De hecho, es en esta etapa donde el grupo de “amigos” y compañeros constituye un gran punto de apoyo, se busca en ellos comunicación, apoyo, liberación, reducción de tensiones íntimas, sin embargo; a pesar de que pueden ser amistades intensas, no siempre pueden ser prolongadas. De igual manera, es necesario mencionar que el grupo de pares ejerce influencias en la realización de deseos y necesidades del presente y en aspectos como formas de vestir, deporte, lecturas, música, etc.

También es importante mencionar que a partir de esta etapa el/la adolescente ya no mirará al/a chico/a como algo que le es indiferente, sino como una persona cuya simpatía hay que interesarle como sea. Este cambio de actitud es natural debido a la maduración de los impulsos y deseos sexuales, convirtiéndose en uno de los problemas más importantes del desarrollo adolescente para lograr su total identificación con la función masculina o femenina.

En este sentido, se resume que la evolución social del adolescente implica cambios radicales y dinámicos, tanto a nivel físico como psicológico producido dentro de la sociedad, con nuevas responsabilidades y experiencias de una forma individualizada de libre conciencia y sensibilidad sobre el medio ambiente, con mayor preocupación sobre su propia imagen corporal.

3.3. Desarrollo Psicológico

Kaplan (1991) menciona que “el adolescente lucha contra límites personales y los riesgos que asume constituyen una amenaza a la tradición, esto provoca una gran agitación y conflicto interior, desconcierto y pesadumbre”.

Piaget (1989) destaca que “el desarrollo cognoscitivo hace posible la autonomía de la conciencia y el adolescente acepta sanciones que estén fundadas en la reciprocidad, exige el respeto de la justicia distributiva”.

Según P. Ruíz (2013) que cita a Arminda Aberastury, el adolescente tiene que afrontar cuatro duelos o pérdidas:

- El duelo por el cuerpo infantil perdido; en no pocas ocasiones, el adolescente contempla sus cambios como algo externo frente a lo cual él es un espectador impotente de lo que le ocurre a su cuerpo. De ahí las muchas horas que se pasa ante el espejo. Ha de despedirse de su cuerpo infantil, que hasta ese momento mantenía toda su imagen psicológica.
- El duelo por el rol y la identidad infantil; debe renunciar a la dependencia de sus padres y asumir responsabilidades que muchas veces desconoce.
- El duelo por los padres de la infancia; tiene que despedirse de la imagen idealizada y protectora de sus padres para obtener, si todo va bien, autonomía.
- El duelo por la bisexualidad infantil perdida.

En este sentido, el adolescente pasa de su mundo infantil, a situarse en un mundo de perspectivas frente a él y a sí mismo, es decir; el adolescente puede reflexionar, volver la mirada sobre su propia forma de pensar y ser, al igual que como sobre la de los demás.

Dubois y Tevendale (1999), menciona “los jóvenes tienden a realizar aquellas conductas que satisfacen sus contingencias de autovalía, lo que facilita la obtención de resultados positivos que les provocarán emociones positivas y contribuirán, a su vez, a fortalecer su autoestima en las áreas implicadas”.

El significado psicológico es entendido como una unidad de organización cognoscitiva, constituida por elementos afectivos y de conocimiento que crean un código subjetivo de reacción, el cual refleja la imagen que tiene una persona sobre la realidad y su cultura subjetiva, que estimula la conducta; Szalay y Bryson (1974), citado en Valdez (2005).

En este ciclo vital, dicho desarrollo progresa junto con el desenvolvimiento de crecientes capacidades cognitivas, el paso del pensamiento concreto al pensamiento lógico y abstracto señalado por Piaget (1932,1949, 1989), las emociones, las

destrezas, el descentramiento del Yo como principal objeto de preocupación a la preocupación por las otras personas (Gilligan, 1977, 1979).

Se adquiere un sentido mayor de la independencia y se acrecienta la capacidad crítica frente a los padres, por lo que tal parece que el momento de máxima tensión entre padres e hijos parece producirse justo alrededor de la pubertad.

Comienzan a cuestionarse a sí mismos y a los demás, y a advertir las complejidades y los matices de la vida de igual forma el adolescente empieza a pensar sobre conceptos como la verdad y la justicia.

Durante la adolescencia, los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro, sin dejar de tener presente que este proceso es gradual, emocional y, a veces, perturbador.

Con estos antecedentes, se podría resumir que de acuerdo a la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad, se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias.

CAPITULO 2.- METODOLOGIA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia de Pichincha cantón Quito.

2.1.2. Específicos

- Seleccionar y analizar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental.
- Seleccionar y analizar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias.
- Elaborar y presentar el informe correspondiente de los resultados obtenidos, para la entrega al establecimiento educativo del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia de Pichincha cantón Quito

2.1.3. Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las variables psicosociales asociadas al consumo problemático de alcohol y/o Drogas?
2. ¿Es la adolescencia una etapa vulnerable para presentar consumo problemático de alcohol y/o drogas?
3. ¿El consumo de alcohol y/o drogas se produce más en el género masculino?
4. ¿En el Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia de Pichincha, cantón Quito, existe un consumo problemático de alcohol y/o drogas?

2.2. Diseño de investigación

Para la realización del presente trabajo de fin de titulación, se utilizó el tipo de investigación descriptiva, ya que el mismo consiste en conocer y analizar las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los resultados y situaciones que pudieron influir o no en una serie de variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes.

Además, a través del modelo descriptivo, se pudo clasificar los datos y categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas, lo que permitió realizar observaciones objetivas y exactas.

2.3. Contexto

La presente investigación se desarrolló en una Institución Educativa ubicada en la Provincia de Pichincha, Cantón Quito, Distrito 17D04, Zona 9, la cual acoge a los adolescentes de Primero y Segundo año de bachillerato del año 2015, población objeto de estudio, quienes debieron cumplir con ciertas características, como: tipo de institución, sección en la que opera y edad.

2.4. Población

Para la ejecución de esta investigación, se procedió con la toma de datos, donde se seleccionó a la población y muestra requerida, la cual se obtiene mediante el muestreo casual accidental no experimental, es decir, inicialmente se eligió la institución educativa que cumpla con los requisitos solicitados (tipo de institución fiscal-particular o fiscomisional, sección diurna, categoría mixta, ubicación) y que brinde la apertura para el desarrollo de dicho estudio, misma que geográficamente debía pertenecer al sector domiciliario donde reside el estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja, participante en la investigación.

La Institución educativa cuenta con una población total de 109 estudiantes de primero y segundo año de bachillerato dentro del año 2015, en la sección diurna.

Sin embargo, para objeto de investigación se seleccionó una muestra de 36 estudiantes, los cuales cumplieron con las características que se detallan en el párrafo a continuación, distribuidos de la siguiente manera:

- 16 estudiantes de primer año de bachillerato, y,
- 20 estudiantes de segundo año de bachillerato.

Se consideró que los estudiantes investigados cuenten con las siguientes características:

- Pertenecer a establecimientos educativos mixtos,

- Tener una edad comprendida entre 14 a 17 años,
- Pertener a la sección diurna
- Contar con los consentimientos y asentimientos informados debidamente firmados, tanto por el representante legal como del estudiante participante en la investigación.

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1. Métodos:

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- El método descriptivo, que buscó especificar propiedades, características o rasgos importantes los cuales permitieron explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- El método estadístico, que facilitó organizar la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- Es transversal, debido a que se centró en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

2.5.2. Técnicas e Instrumentos

Se aplicó la técnica de la encuesta, la cual recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características sobre la problemática objeto de estudio.

Para mayor comprensión del presente informe, los instrumentos aplicados se detallan a continuación:

- **Variables psicosociales.**

En este espacio se consideran los datos demográficos, tanto sociales como de salud.

Al hablar de variables psicosociales, se consultó sobre el género, edad, peso, estatura, ocupación, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios, con quien vive el estudiante, etc., lo cual permitió confirmar que la población cumpla con las características antes requeridas para la muestra objeto de la presente investigación.

En lo referente a las variables de Salud, se establecieron preguntas que permitieron conocer las horas de sueño del estudiante, así como su estado anímico luego de dicha actividad, así mismo se consultó sobre las horas que el estudiante dedica al estudio, al ocio, a realizar ejercicio físico, además se consultó sobre su alimentación, y si padece de alguna enfermedad psicológica o emocional por la cual ingiera medicación.

De igual manera se consultó a la población si se ha ausentado de clases y por cuantos días por motivo de salud, y si ha padecido alguna enfermedad de varias que se enlistó dentro del cuestionario.

Así mismo se solicitó al estudiante que mencione como considera su estado de salud en general actualmente.

Es importante mencionar que se ha tomado como referencia los cuestionarios de Van Praag and Kapteyn (1971) y Keys, Fidanza, Karvonen, Kimura, Taylor, Henry (1972).

Para medir la variable estrés, se aplicó el test Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983, versión en español de Remor, Carrobles, 2001; Remor, 2006).

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, evalúa la percepción de estrés actual, el grado en el que las situaciones de la vida de la persona son consideradas como estresantes, es decir, cómo valoran sus vidas en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga.

La puntuación total obtenida de la PSS-14 indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Mientras que para medir la Flexibilidad / Inflexibilidad psicológica, se aplicó el Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) de Ruíz, Langer, Luciano, Cangas, Beltrán, (2013).

Este cuestionario evalúa la evitación experiencial o, por el contrario flexibilidad psicológica, ambos constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.

La puntuación de la escala se obtiene sumando los siete elementos, mientras esta puntuación sea más alta equivale a mayores niveles de inflexibilidad psicológica, esto significa que el sujeto muestra poca capacidad para “escapar de” o evitar eventos privados desagradables y las situaciones que pudieran ocasionarlos.

La Type A Behavior Scale (personalidad tipo A), evalúa la presión que el tiempo y el trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, la personalidad definida por un complejo acción-emoción caracterizada por tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, y que se han encontrado asociadas con problemas de salud.

Esta entrevista contiene preguntas sobre la forma intrínseca de reaccionar a varias situaciones con el propósito de provocar la impaciencia, la competitividad y la hostilidad (Matthews y Haynes 1986).

Para conocer sobre la sensación subjetiva de soledad, se aplica el UCLA Loneliness Scale Revised-Short, el cual evalúa la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.

Para la toma de este Test se revisó a Russel, Peplau, Cutrona, 1980 con adaptación española de Morejon, García-Boveda, 1994.

Así mismo, para evaluar la resiliencia de los participantes, se aplicó la Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008), la cual permite conocer la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés en situaciones adversas.

Para conocer sobre el consumo de alcohol, se aplicó el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008).

El AUDIT es una herramienta de detección desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar el consumo de alcohol, comportamientos y problemas relacionados con el alcohol.

Identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y un apoyo en la evaluación breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial.

El test AUDIT se correlaciona bien con medidas de consecuencias de beber, actitudes hacia la bebida, la vulnerabilidad a la dependencia del alcohol, los estados de ánimo negativos después de beber, y las razones para beber.

Con la finalidad de conocer sobre la existencia o no de consumo de otras sustancias se aplicó The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010).

Este test evalúa el consumo de sustancias tales como tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otras, durante los últimos tres meses, y fue desarrollado para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores de abuso de sustancias para detectar y gestionar el consumo de sustancias y los problemas relacionados con los entornos de atención médica primaria y generales.

Así mismo, se aplicó el Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010)., para evaluar los trastornos mentales más comunes en pacientes ambulatorios y la población en general los cuales son la depresión y la ansiedad, que a menudo coexisten, y se asocian con una considerable discapacidad.

Este test evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas 2 semanas.

De igual forma, se mide la satisfacción vital a través del Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012).

El cuestionario de satisfacción con la vida (LSQ) fue desarrollado para uso en la atención convencional y complementaria / antroposófica para evaluar la calidad de la satisfacción con la vida de las mujeres suecas con cáncer de mama.

Este test comprende una sola pregunta, ¿Cuál es el nivel de satisfacción con su vida en general? y responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos.

2.5.3. Procedimiento

Para la realización de la presente investigación, se siguió los siguientes pasos:

- Identificación de las 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.

- Selección de la población y muestra, se obtuvo mediante el muestreo casual accidental no experimental, es decir, se eligió a la Institución educativa que participaría según el sector domiciliario al cual pertenece el estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja que participa en la investigación.

De igual manera se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- a) Adolescentes entre los 14 y 17 años.
- b) Los centros educativos (fiscal, fiscomisional y particular) deben ser mixtos.
- c) Estudiantes matriculados en primer y segundo año de bachillerato.

- d) La sección del centro educativo debe ser únicamente diurna.
- e) Los centros educativos deben estar ubicados en el sector urbano.

Criterios de exclusión:

- a) No tener el consentimiento informado de sus padres o representante legal.
 - b) No tener firmado el asentimiento informado por parte del estudiante.
 - c) Adolescente de 18 o más años.
 - d) Centros educativos de educación especial.
 - e) Centros educativos ubicados en el sector rural.
- Obtención de autorización de la Institución Educativa a participar, inicialmente se coordinó una entrevista con el Sr. Rector de la institución educativa, en la cual se explicó los objetivos de la investigación y se entregó formalmente la carta de presentación enviada por la Universidad Técnica Particular de Loja.

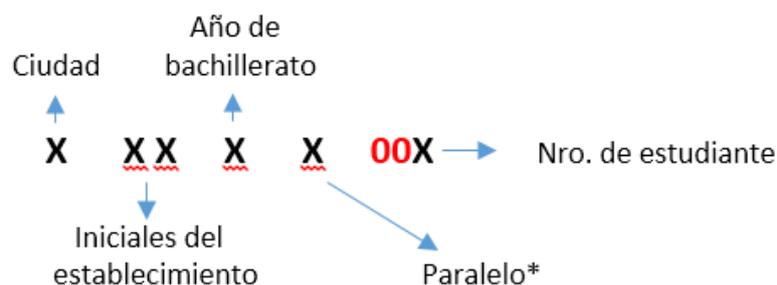
De igual manera se procedió con la entrega de un ejemplar de los formularios y batería aplicar (consentimientos y asentimientos informados para padres y estudiantes, encuesta) así como de un cronograma preliminar de actividades a desarrollar.

- Una vez obtenido el permiso, se solicitó la lista de estudiantes por cada uno de los paralelos a evaluar, con la finalidad de conocer el número exacto de estudiantes para establecer los códigos, definir el cronograma de trabajo y organizar el material a utilizar (cartas de asentimiento, carta de consentimiento y material de evaluación).

Cabe mencionar que la designación de los códigos se diseñó de la siguiente manera:

- Primer dígito, corresponde a la ciudad
- Segundo y Tercer dígito, hacen referencia a las iniciales del Colegio
- Cuarto dígito, será el año del Bachillerato
- Quinto dígito, corresponde al Paralelo
- Sexto, séptimo y octavo, corresponden al número del estudiante participante

Figura 1. Codificación



Fuente: Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación "análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015"

Elaborado por: Cuenca, G. (2015)

- Cumplimiento del cronograma de trabajo presentado, una vez establecidas las fechas se cumplió con el desarrollo de las actividades, tales como entrega de los consentimientos informados un día antes, para que sean llevados a los padres de familia o representantes legales de los estudiantes participantes de manera que se cuente con la respectiva autorización previo a la aplicación de las encuestas.

En la fecha establecida para la aplicación de las encuestas, inicialmente se retiró a los estudiantes el consentimiento informado debidamente firmado por los padres de familia o representante, previo a la entrega del material de evaluación.

2.5.4. Recursos

Para llevar a cabo esta investigación se requirió los recursos que se detallan a continuación:

1. Talento Humano

- Estudiante de la UTPL participante en la investigación
- Directivos y Docentes del centro educativo
- Estudiantes del centro educativo objeto de estudio
- Padres y/o Representantes Legales de los estudiantes del centro educativo.

2. Recursos Materiales

- Papelería y suministros varios. -Computadora – impresora – copiadora - hojas de papel bond - impresión de ejemplares - copias varias (baterías, formularios, etc.) – lápiz – esferográficos – grapadora–borrador, etc.
- Disponibilidad de tiempo
- Movilización y transporte
- Llamadas telefónicas

3. Recursos Económicos

Al hacer referencia sobre este recurso, se considera al dinero en efectivo invertido para la adquisición de todos los recursos materiales, el pago por movilización y transporte, las recargas de saldo al celular.

Para mayor comprensión se cuantifica a continuación, los recursos económicos requeridos:

RECURSOS ECONOMICOS	
CONCEPTO	VALOR
Papelería y suministros	15,00
Movilización y Transporte	10,00
Llamadas Telefónicas (recarga celular)	10,00
TOTAL PRESUPUESTO	35,00

Elaborado por: Mónica Morales (2015)

4. Recursos Institucionales

- Infraestructura física del centro educativo (oficinas de la dirección, aulas de los paralelos estudiados, sala de espera, oficinas de Secretaría e Inspección General.
- Apertura y colaboración para la realización de la investigación.
- Autorización para proceder con la ejecución del trabajo de investigación.
- Apoyo y coordinación por parte de los Directivos y personal Docente que colaboró en la aplicación de las encuestas.

CAPITULO 3.- ANALISIS DE DATOS

3.1. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

3.1.1. Datos Psicosociales

En esta investigación se puede evidenciar a través de la Figura N° 1, que el 89% de la población investigada corresponde al género masculino (32 estudiantes), mientras que el 11% (4 estudiantes) corresponde al género femenino.

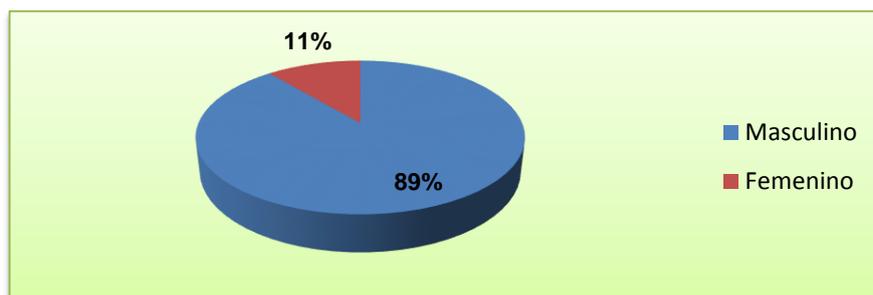


Figura.1. Género

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En cuanto a la variable edad, en la Figura N° 2 se observa que no existe dentro de la población investigada estudiantes con 14 años de edad, el mayor porcentaje (47%) son 17 estudiantes que están en los 16 años, mientras que el 45% (16 estudiantes) tienen 17 años, y 3 estudiantes tienen 15 años, lo que corresponde al 8% del total de investigados.

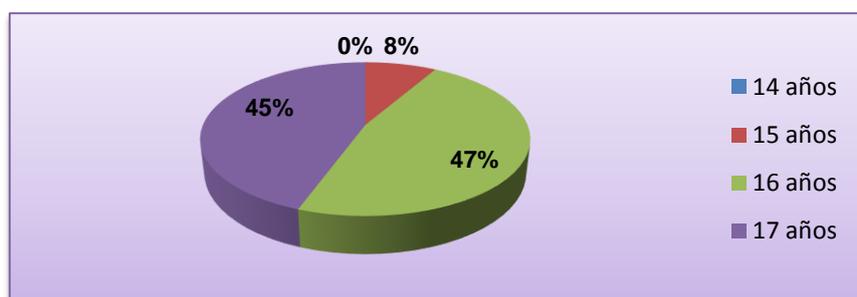


Figura.2. Edad

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Como se observa en la Figura N° 3, del total de la muestra (n=36), el 56%, es decir, 20 estudiantes están cursando el Segundo año de Bachillerato, mientras que 16 estudiantes que equivale al 44% de la muestra, se encuentra cursando el Primer año de Bachillerato.

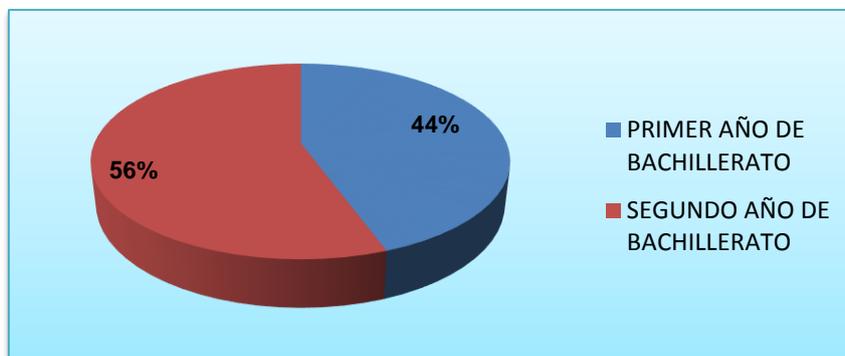


Figura.3. Año de Bachillerato

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

3.1.2. Análisis de resultados generales

A continuación se analiza los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados, hay que considerar que se utiliza la puntuación estandarizada de 0 a 10, donde 5 viene a representar el valor medio, y dependerá de la variable a analizar para definirla como una variable protectora o a su vez como una variable de riesgo.

Con la finalidad de lograr una mejor comprensión, se detalla a continuación los valores estipulados para cada rango de las puntuaciones obtenidas en el presente informe:

- 0 – 4 = Bajo
- 5 = Valor medio
- 6 – 10 = Alto

De igual manera, cabe mencionar que en el presente informe se analizaron todas las variables que muestren una inclinación representativa o que se ubiquen con una variación de dos puntos al menos sobre el valor medio.

A continuación, en la Figura N° 4, se visualiza el detalle de los resultados obtenidos a través de la batería de instrumentos psicológicos aplicados.

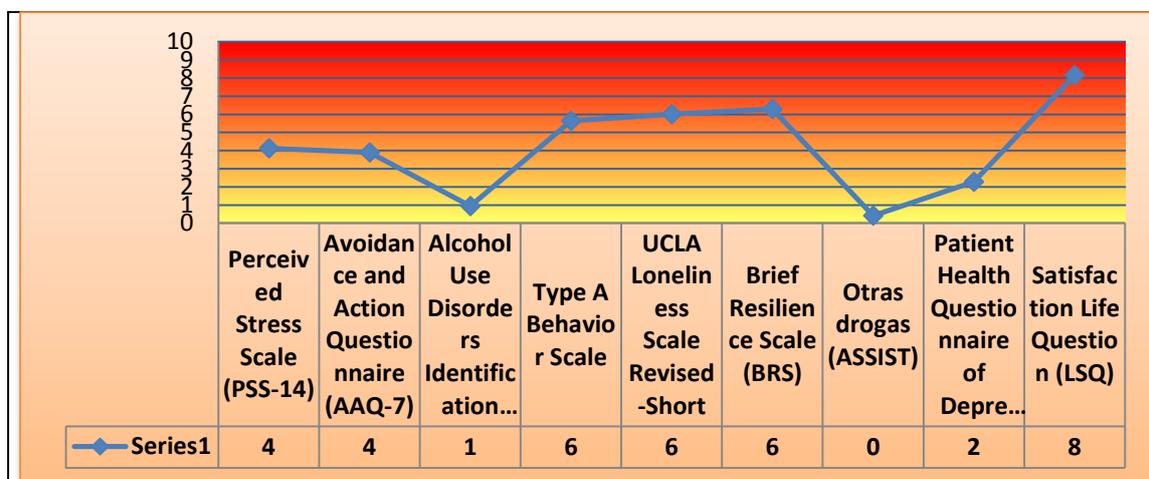


Figura.4. Figura de la batería con los resultados estandarizados.

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

De acuerdo a la Figura N° 4, la primera variable a analizar es la variable estrés, la cual se ubica en la escala 4, de dicha figura, lo que implica que se encuentra a un punto por debajo de la media, por lo tanto se la puede definir como una variable protectora, dado que la población estudiada no muestra mayor complicación para generar respuestas ya sean estas fisiológicas, psicológicas y/o de comportamiento, que les permita adaptarse y/o reajustarse a presiones tanto internas como externas, es decir; la población investigada muestra una reacción favorable ante una situación de peligro o satisfacción, por lo que no es presa fácil del estrés.

Esta definición puede ser corroborada al analizar las frecuencias que se observan en la tabla N° 1, en la cual se evidencia mayor frecuencia en el reactivo N° 3, donde al consultar si en el último mes se han sentido nerviosos o estresados, 19 de 36 participantes mencionan que “de vez en cuando”, y solo 2 de 36 estudiantes mencionaron sentirse así “a menudo”, de igual forma, en el reactivo N° 14, 17 de 36 estudiantes manifiestan que “de vez en cuando” en el último mes, han sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas, mientras que solo uno menciona sentirse así “a menudo” al igual que otro estudiante menciona sentirlo “muy a menudo”.

Tabla 1.- Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	14	10	10	2	0
2	8	13	11	3	1
3	5	10	19	2	0
4	7	1	14	10	4
5	5	6	11	11	3
6	4	3	12	12	5
7	2	7	11	8	8
8	8	12	12	3	1
9	3	7	11	9	6
10	2	5	13	11	5
11	5	14	11	6	0
12	2	5	16	7	6
13	2	5	9	13	7
14	8	9	17	1	1
TOTAL	75	107	177	98	47

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En este sentido, se puede mencionar que la población objeto de estudio aparentemente presenta niveles aceptables de estrés, dado que demuestra poder sobrellevar las situaciones que le genera tensión, por lo que el “sentirse nerviosos o estresados, así como sentir que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas”, no es una constante diaria (a menudo o muy a menudo), sino solo “de vez en cuando”, lo que conlleva a confirmar que el estrés no es una variable de riesgo.

Por otro lado, al analizar la variable de inflexibilidad psicológica se puede apreciar en la Figura N° 4, que la población investigada presenta una puntuación de 4, es decir; un punto por debajo de la media (5), lo que muestra que la población investigada asume adecuadamente su rol ante el medio ambiente donde se desenvuelve, ya que la inflexibilidad psicológica es entendida como la incapacidad que tiene el individuo para ajustar su comportamiento sobre la base de su utilidad en la consecución de los fines deseados, por ende a menor puntuación existe mayor probabilidad de adaptación y

mejora de conducta, por lo tanto, la puntuación obtenida en la Figura N° 4 (escala 4) afirma que la inflexibilidad psicológica en este estudio es una variable protectora.

Tabla 2.- Frecuencia Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	12	9	3	8	0	3	1
2	10	10	6	6	1	1	2
3	11	8	5	9	0	1	2
4	14	6	2	8	3	3	0
5	12	7	5	5	3	3	1
6	11	6	5	7	3	2	2
7	16	5	6	3	2	1	3
TOTAL	86	51	32	46	12	14	11

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En la Tabla N° 2, se ratifica la puntuación obtenida en la Figura N° 4, dado que las mayores frecuencias se ubican en el rango “nunca es verdad” en todos los reactivos, a la vez; se evidencia que en el reactivo N° 7, 16 de 36 participantes mencionaron que “nunca es verdad” cuando se les consultó si sus preocupaciones interfieren en el camino de lo que quieren conseguir, mientras que en el reactivo N° 4, 14 de 36 estudiantes, manifestaron que “nunca es verdad” que los recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena.

En consecuencia, con estos resultados, se reconfirma que la variable inflexibilidad psicológica muestra ser una variable protectora.

Con la finalidad de identificar consumos de alcohol considerados de riesgo, así como evidenciar indicios de abuso o dependencia a esta sustancia, se aplicó el test AUDIT,

y como se puede apreciar en la Figura N° 4, el puntaje obtenido es de 1, lo cual está a cuatro puntos por debajo de la media (5), por lo que no se considera que el consumo de alcohol sea una variable de riesgo.

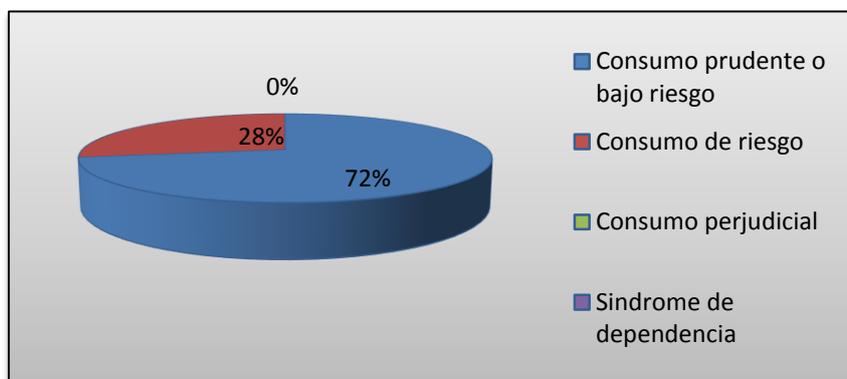


Figura.5. Test AUDIT

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

De acuerdo a los datos presentados en la Figura N° 5, se confirma que la mayor parte de la población investigada, el 72% muestra un consumo de alcohol prudente o de bajo riesgo, este porcentaje resulta de 26 estudiantes, en una muestra de 36, mientras que 10 estudiantes, lo que implica un 28% del total de la población, son quienes han presentado un consumo de riesgo, sin embargo no existe consumo perjudicial ni síndrome de dependencia dentro de la muestra.

A la vez, es importante mencionar un detalle muy importante en la muestra, misma que corresponde a la edad de los participantes, como se observa en la Figura N° 2, la población investigada presenta edad comprendida en el rango de 15 a 17 años de edad, en consecuencia, los porcentajes obtenidos sobre el consumo de alcohol resulta alarmante, dado que en tan corta edad (15 años), aproximadamente las 3/4 partes de la muestra mencionó haber consumido alcohol, y una pequeña parte (1/4) mencionó haberlo hecho ya en cantidades de riesgo.

En lo referente al Tipo de Personalidad A, como se puede visualizar en la Figura N° 4, la población investigada presenta un puntaje de 6, es decir; un punto sobre la media (5), por lo tanto se puede decir que dicho puntaje favorece para definir a la variable como una variable de riesgo.

Ahora, si se analiza los datos presentados en la Tabla N° 3, se puede visualizar que en el reactivo N° 1, un gran número (19 estudiantes) de la población investigada afirmó que “siente el fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas”, mientras que en el reactivo N° 3, se observa que 17 participantes mencionaron que “de vez en cuando” son muy exigentes y competitivos, a la vez, en el reactivo N° 9, se da la mayor frecuencia, ya que 25 participantes de la población investigada (36 estudiantes), mencionaron que “sí” se han sentido inseguros, incómodos o insatisfechos con su rendimiento académico, siendo este valor (25) la frecuencia más alta dentro del test.

Tabla 3.-Frecuencia Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	19	13	4	0
TOTAL				
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	9	14	9
3	8	17	5	6
4	4	14	9	9
5	5	15	10	6
6	5	13	12	6
TOTAL	45	81	54	36
Reactivo	Si		No	
7	19		17	
8	20		16	
9	25		11	
10	22		14	
TOTAL	86		58	

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Con el análisis de las frecuencias obtenidas en la Tabla N° 3, se confirma que dentro de la población investigada, prevalece el tipo de personalidad A, lo que a su vez, se corrobora en la Figura N°4 al visualizar un puntaje de 6, obtenido a través de la aplicación del Type A Behavior Scale, el cual evalúa la presión que el tiempo y el

trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, características que se han encontrado asociadas con problemas de salud, por lo que se la define como una variable de riesgo.

Ahora bien, si nos referimos a la variable de soledad (UCLA Loneliness Scale Revised-Short) como se puede apreciar en la Figura N° 4, la población investigada muestra una puntuación de 6, lo que implica estar un punto sobre el valor de la media (5), por lo que tiene tendencia a ser considerada como una variable de riesgo.

Tabla 4.- Frecuencia UCLA LonelinessScaleRevised-Short

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	4	13	11	8
2	16	9	9	2
3	12	15	8	1
4	15	8	10	3
5	2	9	14	11
6	7	11	13	5
7	14	14	7	1
8	9	15	11	1
9	2	7	16	11
10	3	5	20	8
11	12	15	8	1
12	11	17	4	4
13	6	9	17	4
14	10	20	3	3
15	6	9	16	5
16	4	7	16	9
17	6	14	16	0
18	14	11	7	4
19	3	9	13	11
20	1	6	15	14
TOTAL	157	223	234	106

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Sin embargo, si se observa la tabla N°4, referente a la variable de soledad (UCLA), se puede evidenciar que la mayor frecuencia se encuentra en los reactivos N° 10, donde 20 participantes de la población investigada (36 participantes) mencionó que solo “a veces” con frecuencia se sienten cercanos a las personas, y en el reactivo N° 14, la misma cantidad (20 participantes) mencionó que “rara vez” se han sentido aislados de los demás, lo que se puede concluir que solo en ciertas situaciones la población investigada, ha presentado sentimientos de soledad y aislamiento, por lo que se corrobora la puntuación reflejada en la Figura N° 4, y se afirma la definición de ser una variable de riesgo.

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), y de acuerdo a lo que nos muestra la Figura N° 4, la población objeto de estudio, refleja un puntaje de 6, lo que demuestra estar un punto elevado respecto a la media (5), por lo tanto puede ser considerada como una variable protectora, dado que la población investigada afirma que puede superar positivamente los problemas que se presentan en su diario vivir.

Teniendo en cuenta a Grotberg (1995) quien menciona que la resiliencia es “la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas, es parte del proceso evolutivo”.

Tabla 5.- Frecuencia Brief Resilience Scale

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	5	7	10	10	4
2	5	17	9	2	3
3	7	10	8	8	3
4	11	9	7	8	1
5	9	10	9	6	2
6	11	8	8	6	3
TOTAL	48	61	51	40	16

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

A través de la Tabla N° 5, se puede corroborar dicha definición, ya que se aprecia que en el reactivo N° 2, al consultar “lo paso mal superando situaciones estresantes” un

total de 17 participantes de la población investigada (36) mencionó estar “en desacuerdo”, lo que implica que casi el 50% si puede superar situaciones estresantes, y un total de 9 participantes se ubican en el rango neural (ni en desacuerdo ni de acuerdo).

Sin embargo, al consultarles en el reactivo N° 4, si les es difícil recuperarse cuando algo malo sucede, 11 estudiantes mencionaron estar “muy en desacuerdo”, mientras que 9 dijeron estar solo “en desacuerdo” y 7 se ubicaron en el rango “neutral”, así mismo en el reactivo N° 6, al preguntar si suele llevarles mucho tiempo superar complicaciones en su vida, 11 estudiantes mencionaron estar “muy en desacuerdo”, mientras que 8 mencionaron estar “en desacuerdo” y 8 de 36 estudiantes se ubicaron en el rango “neutral”,

Por lo que si se analiza los resultados obtenidos en los reactivos N° 4 y N° 6, que es la subsiguiente frecuencia (11), la población investigada muestra actitudes positivas que ayudan a recuperarse de situaciones difíciles en un corto tiempo y suelen solventar positivamente los problemas que se presentan a diario, por ende esta variable se la define como una variable protectora.

Antes de continuar con el análisis de los resultados obtenidos sobre el consumo de drogas en esta investigación, es importante mencionar que en la actualidad este fenómeno social afecta especialmente a la adolescencia y adultez temprana, ya que la prevalencia del uso y abuso de drogas es considerablemente alta, ante la fácil disponibilidad que existe en el mercado, actualmente los adolescentes tienen que aprender a convivir con las drogas, tomando decisiones sobre el consumo o la abstinencia de las mismas, por lo que la percepción de riesgo y los factores de riesgo, junto al ocio, tiempo libre y vida recreativa, son elementos que se debe considerar para comprender esta problemática, ya que muchas de las veces los jóvenes usan drogas como un intento de enfrentar situaciones difíciles en sus vidas y en especial con sus familias.

Al analizar la variable sobre el consumo de otras drogas (ASSIT) en la Figura N° 4, se puede apreciar que se refleja una puntuación de 0, lo cual obviamente es bastante bajo respecto a la media (5) y más aún a la puntuación total (10), por lo que a simple vista resulta fácil definirla como una variable protectora, sin embargo; este test nos entrega otros datos, como por ejemplo el tipo de drogas que se consume y la frecuencia de dicho consumo, ya que como se podrá observar en la Tabla N° 6, el

2.8% (un estudiante) mencionó haber consumido en los últimos tres meses “a diario o casi diario” marihuana, mota, hierba, hachis, etc. y así mismo un estudiante (en igual porcentaje, 2.8%) de la población investigada mencionó que en los últimos tres meses ha consumido “a diario o casi diario” otras sustancias psicoactivas.

De igual forma, se hace meritorio mencionar que el 5.6% de la población, es decir; 2 estudiantes, afirmaron que durante los últimos tres meses han consumido drogas, “cada semana”.

A la vez, también es importante indicar que existe un 5.6% de la población investigada, (2 estudiantes) que mencionaron que “cada mes” consumen cerveza, vino, licores, cocteles, etc.

Tabla 6.-FrecuenciaASSIST

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	88,9	5,6	0,0	5,6	0,0
2	77,8	19,4	2,8	0,0	0,0
3	61,1	33,3	5,6	0,0	0,0
4	94,4	0,0	2,8	0,0	2,8
5	94,4	2,8	2,8	0,0	0,0
6	94,4	5,6	0,0	0,0	0,0
7	97,2	0,0	2,8	0,0	0,0
8	94,4	2,8	2,8	0,0	0,0
9	97,2	2,8	0,0	0,0	0,0
10	94,4	2,8	2,8	0,0	0,0
11	97,2	0,0	0,0	0,0	2,8

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Continuando con el análisis de la Figura N° 4, se puede observar que referente a la variable depresión (Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety-PHQ-4) ésta posee una puntuación de 2, lo que es considerablemente bajo con respecto a la media (5), resultado que a simple vista da la pauta para definirla como una variable protectora.

Para analizar la Tabla N° 7, vale recordar que la OMS (2015) define a 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”.

Como se observa, casi el 75% de la población, de acuerdo a la Tabla de frecuencia N° 7 específicamente en el reactivo N° 9, ratifica el resultado en la Figura N° 4, dado que 27 de 36 estudiantes participantes, respondieron “nunca” cuando se consultó si ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma (síntoma característico de personas que presentan un trastorno depresivo), y solo en una mínima cantidad (2 estudiantes) mencionaron que “casi cada día” tienen este pensamiento, y otros 2 que lo piensan “más de la mitad de los días”.

Resultados que corroboran la definición de la variable depresión como una variable protectora, debido a que la mayor parte de la población no experimenta síntomas depresivos.

Tabla 7.-Frecuencia Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	17	9	6	4
2	19	11	3	3
3	20	9	4	3
4	19	10	3	4
5	17	11	5	3
6	21	9	4	2
7	23	5	3	5
8	26	6	3	1
9	27	5	2	2
TOTAL	189	75	33	27

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Finalmente tenemos la variable sobre la satisfacción vital (Satisfaction Life Question - LSQ), la cual como se puede observar en la Figura N° 4, presenta una puntuación de

8, lo que afirma que la población investigada considera tener una buena satisfacción de vida, por lo que se puede definir como una variable protectora.

Como se aprecia en la Tabla N° 8, con una frecuencia de 13 los participantes de la población investigada menciona tener una satisfacción de vida en el rango 9, es decir; el 36% de la población investigada considera estar muy satisfecho con su estilo de vida actual, mientras que un 17% estima tener una vida plena, sin embargo, si se analiza de forma general dentro de los rangos de 8 a 10, se tiene que el 72% (26 estudiantes) de la población investigada manifiesta estar muy satisfecho con la calidad de vida que llevan en la actualidad.

Tabla 8.- Frecuencia Satisfaction Life Question (LSQ)

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

3.2. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos del género femenino

3.2.1. Datos Psicosociales

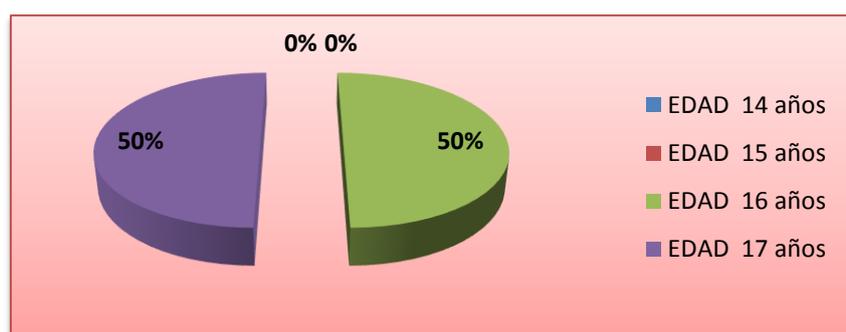


Figura.6. Edad

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Analizando los datos obtenidos en el género femenino, la cual fue una población de 4 estudiantes, en cuanto a la edad, se puede observar que el 50% (2 estudiantes)

comprende la edad de 16 años y el otro 50% (2 estudiantes) posee la edad de 17 años, así mismo se puede observar que no existen participantes en edades de 14 y 15 años.

Como se observa en la Figura a continuación (Nº 7), de un total de 4 participantes de género femenino (n=4), el 75% (3 estudiantes) está cursando el Segundo año de Bachillerato, mientras que el 25% (1 estudiante) se encuentra cursando el Primer año de Bachillerato.

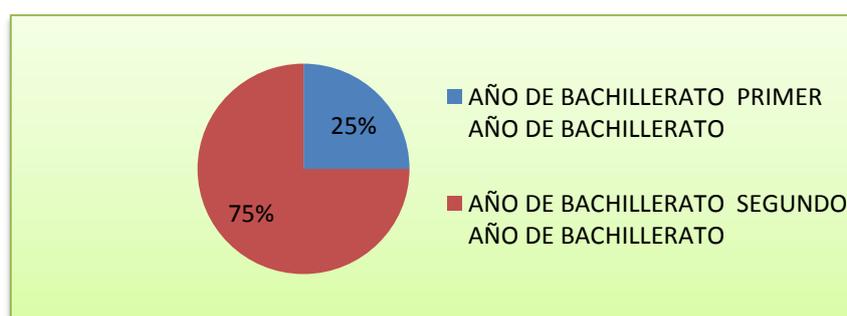


Figura.7. Año de Bachillerato

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

3.2.2. Análisis de resultados del género femenino

Al igual que en el análisis de los datos generales, en este apartado se analiza los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población femenina, considerando que se utiliza la puntuación estandarizada de 0 a 10, donde 5 viene a representar el valor medio, y va a depender de la variable a analizar para definirla como una variable protectora o a su vez como una variable de riesgo.

Los valores designados para cada rango de las puntuaciones obtenidas en el presente informe, se detallan a continuación:

- 0 – 4 = Bajo
- 5 = Valor medio
- 6 – 10 = Alto

Así mismo, al igual que en el análisis general, en el presente informe se analizará todas las variables que muestren una inclinación representativa o que se ubiquen al menos con una variación de dos puntos respecto al valor medio (5).

Como se observa a continuación, en la Figura N° 8, se visualiza el detalle de los resultados obtenidos a través de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población femenina, misma que fue de un total de 4 estudiantes:

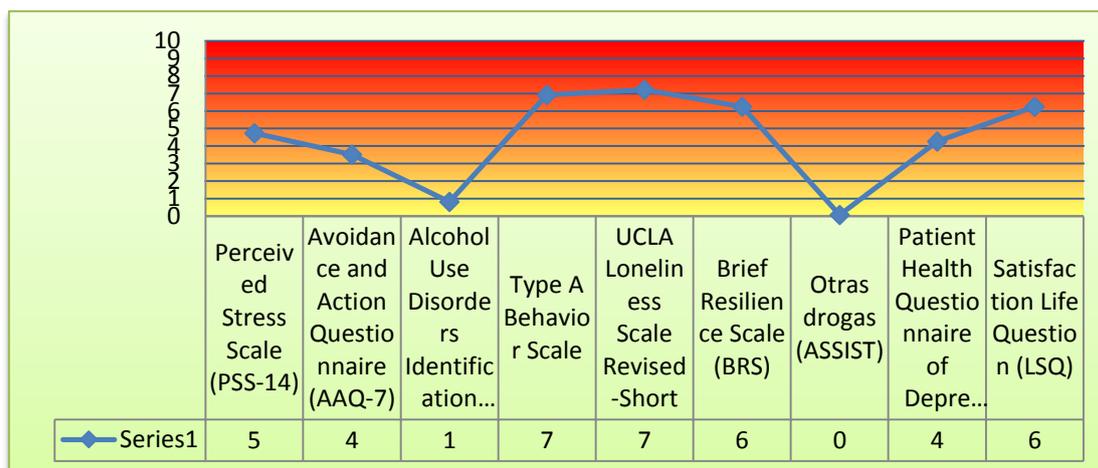


Figura.8. Figura de la batería con los resultados estandarizados

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Iniciando con el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la población femenina, al referirnos a la primera variable, que es la variable estrés, se visualiza en la Figura N° 8, que la población femenina investigada refleja una puntuación de 5, lo que implica que se encuentra en la media, por lo que no es factible definirla como una variable protectora o a su vez como una variable de riesgo.

Si bien es cierto, el paso de la niñez a la adolescencia implica utilizar un sinnúmero de recursos para poder adaptarse a las demandas del medio ambiente, y es en esta interacción donde el adolescente sufre niveles de estrés propios de la etapa, ya que al intentar dar respuesta al peligro, la amenaza o desafío experimenta síntomas de ansiedad y tensión característicos de la temporada.

Lo que se corrobora en la Tabla N° 9, donde se puede observar que la mayor frecuencia se da en el reactivo N° 2, donde 3 de las 4 participantes mencionaron que

en el último mes “de vez en cuando” se han sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida, mientras que una participante mencionó que “casi nunca” se ha sentido así, y de igual manera respondieron 3 de 4 estudiantes, en el reactivo N° 3 (de vez en cuando) al consultar en el último mes con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado, y solo una mencionó que “casi nunca” se ha sentido así.

Además en el reactivo N° 10, se evidencia que el 50% de la población (2 estudiantes) mencionaron que “a menudo” han sentido que tienen todo bajo control.

Analizando a simple vista la Tabla N° 9, se observa que la mayor frecuencia casi en todos los reactivos está en el rango “de vez en cuando”, en consecuencia se corrobora que la puntuación reflejada en la Figura N° 8, es correcta, ya que las frecuencias del test PSS-14 refleja un valor medio.

Tabla 9.- Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	0	1	2	1	0
2	0	1	3	0	0
3	0	1	3	0	0
4	2	0	2	0	0
5	1	1	0	1	1
6	0	0	2	1	1
7	0	2	0	1	1
8	0	1	2	1	0
9	0	0	2	1	1
10	0	0	1	2	1
11	0	1	2	1	0
12	0	0	2	1	1
13	0	0	2	1	1
14	1	1	2	0	0
TOTAL	4	9	25	11	7

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En cuanto a la variable de inflexibilidad psicológica se puede apreciar en la Figura N° 8, que la población investigada presenta una puntuación de 4, es decir; un punto por debajo de la media (5), lo que muestra que la población investigada no presenta indicios de inflexibilidad ante el cambio de su conducta por algún evento en especial, por lo tanto se define a esta variable como una variable protectora.

Cabe recordar que la inflexibilidad psicológica se entiende como la incapacidad que tiene el individuo para ajustar su comportamiento al ambiente, sin embargo, esta definición es sustentada de acuerdo a las frecuencias mostradas en la Tabla N° 10, donde se evidencia que solo dos participantes mencionan que “a veces es verdad” que tienen miedo de sus sentimientos (reactivo N° 2) y que “a veces es verdad” que parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que ellas, de acuerdo al reactivo N° 6.

A la vez, en los mismos reactivos el 50% restante de la población mencionaron que “raramente”, “muy raramente” y “nunca es verdad” que han tenido ese sentimiento, respuestas que afirman que la variable inflexibilidad psicológica demuestra ser una variable protectora.

Tabla 10.- FRECUENCIA Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Siguiendo con el análisis de la Figura N° 8, al referirnos al consumo de alcohol, es importante mencionar que la población investigada comprende 4 estudiantes del

género femenino, por lo que no será correcto considerar este resultado como la generalidad del caso.

De acuerdo a los datos obtenidos a través del Test AUDIT, en cuanto al consumo de alcohol, se puede observar en la Figura N° 8 una puntuación de 1, lo que implica que el 25% (1 estudiante) de la población femenina investigada está dentro de un consumo de riesgo, mientras que el 75% (3 estudiantes) pertenece al rango de un consumo prudente o de bajo riesgo, a la vez, es importante resaltar que no existe estudiantes femeninas que muestren consumo perjudicial de alcohol y tampoco existe quienes padecen síndrome de dependencia alcohólica.

Si bien es cierto, el puntaje de 1 da pie a que esta variable sea definida como una variable protectora debido a que se encuentra a 4 puntos por debajo de la media (5), sin embargo, no deja de ser un dato alarmante considerando la edad y el género de la población investigada.

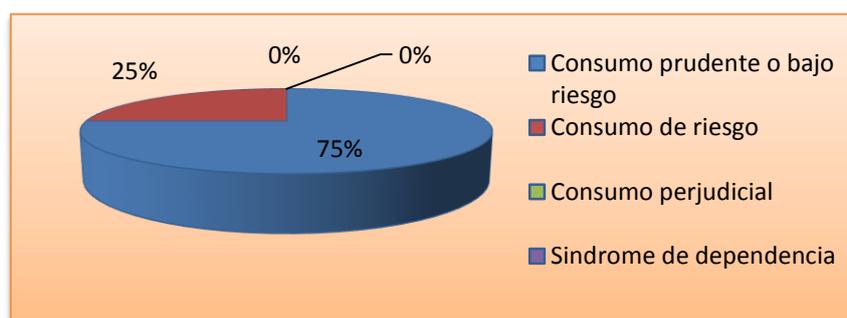


Figura.9. Test AUDIT

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En tanto, si nos referimos a la variable de personalidad tipo A, de acuerdo a los resultados reflejados en la figura N° 8, se tiene un puntaje de 7 en una escala de 0 a 10, lo que implica que este resultado se encuentra a 2 puntos sobre la media (5), por lo tanto se puede definir a esta variable como una variable de riesgo, dado que los niveles de exigencia propios de esta personalidad generan estrés, tensión y varias características desfavorables ante la probabilidad de consumo de alcohol y/u otras sustancias.

Teniendo siempre presente que la muestra es considerablemente pequeña, este resultado se puede confirmar en la Tabla N° 11, donde por unanimidad en el reactivo N° 1, el total de la población (4 estudiantes) seleccionaron el rango “muy bien” al consultarles si tiene un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas.

Tabla 11.-FRECUENCIA Type A Behavior Scale

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Así mismo, en el reactivo N° 4, el 75% (3 estudiantes) de la población mencionó que “de vez en cuando” son autoritarios y dominantes, mientras que un estudiante confirmó que “a menudo” es autoritario y dominante; de igual forma en los reactivos N° 7 – N° 9 y N° 10, el mismo porcentaje (75%) que implica 3 de 4 estudiantes, afirmaron que se llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar, así como afirmaron que se sienten inseguros, incómodos o insatisfechos con su rendimiento académico y les molesta esperar.

Afirmaciones que conjuntamente con las demás respuestas corroboran la puntuación reflejada en la Figura N° 8, lo que reafirma la definición de esta variable (personalidad tipo A) como una variable de riesgo.

Continuando con el análisis, al referirnos a la variable de sensación subjetiva de soledad (UCLA) como se refleja en la Figura N° 8, ésta tiene un puntaje de 7, es decir; dos puntos sobre la media (5), por lo que se la define como una variable de riesgo.

Tabla 12.-FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	0	2	0	2
2	1	1	1	1
3	1	1	2	0
4	1	0	1	2
5	0	0	1	3
6	0	2	0	2
7	0	3	1	0
8	0	1	3	0
9	0	1	1	2
10	0	0	2	2
11	1	1	2	0
12	0	3	1	0
13	0	0	4	0
14	0	3	1	0
15	0	1	1	2
16	0	1	0	3
17	0	3	1	0
18	1	1	2	0
19	0	0	1	3
20	0	0	1	3
TOTAL	5	24	26	25

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Las frecuencias mostradas en la Tabla N° 12, corrobora el resultado y por ende la definición dada a esta variable como una variable de riesgo, ya que la mayor

frecuencia se da en el reactivo N° 13, en el cual toda la población femenina (4 estudiantes) confirma que “a veces” sienten que nadie los conoce realmente bien, así mismo el 75% (3 estudiantes) consideran que “rara vez” sienten que ya no tienen a nadie cerca de ellas, de acuerdo al reactivo N° 7 y se confirma esta afirmación en el reactivo N° 12 cuando mencionan que “rara vez” sienten que sus relaciones sociales no son significativas, así como que “rara vez” se sienten aislados/as de los demás (reactivo N° 14) y que “rara vez” se sienten tímidos/as.

Ahora bien, continuando con el análisis de la Figura N° 8, al referirnos a la variable resiliencia, se puede observar en la Tabla N° 13 que a continuación se detalla, que en el reactivo N° 4, el 50% de la población (2 estudiantes) mencionaron estar “de acuerdo” cuando se les consultó si se les hace difícil recuperarse cuando algo malo les sucede, al igual que el 50% respondió “de acuerdo” cuando se consultó si les suele llevar mucho tiempo superar complicaciones de su vida en el reactivo N° 6, mientras que el 50% restante manifestó estar en el rango neutral o en desacuerdo.

Así mismo, el 50% (2 estudiantes) mencionó estar “en desacuerdo” cuando se les consultó si normalmente pasan los momentos difíciles sin gran problema, resultados que a simple vista contradicen la puntuación reflejada en la Figura N° 8, ya que de acuerdo a estos reactivos el 50% de la población no muestra un grado de resiliencia favorable ante la adversidad, por lo que en este estudio la resiliencia no puede ser considerada como una variable protectora.

Tabla 13.- FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	0	1	2	0	1
2	1	1	2	0	0
3	0	1	1	1	1
4	1	0	1	2	0
5	1	2	0	1	0
6	1	0	1	2	0
TOTAL	4	5	7	6	2

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En tanto, al referirnos a los datos arrojados por el ASSIST, en cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias, de acuerdo a la Figura N° 8, se puede observar una puntuación de 0 (cero) lo que de forma contundente define a esta variable como una variable protectora, dado que se encuentra a cinco puntos por debajo de la media (5).

Sin embargo, hay que recordar que el ASSIST, además de mostrar la presencia o ausencia del consumo de alcohol y otras sustancias, también brinda la posibilidad de confirmar el tipo de sustancias consumidas, al igual que la concurrencia de dicho consumo.

Lo que se confirma en la Tabla N° 14, donde se observa que en el reactivo N° 3, el 25% de la población femenina objeto de estudio, esto es; una de las cuatro estudiantes participantes confirmó haber consumido alcohol 1 o 2 veces durante los tres últimos meses, dato que de cierta forma resulta ser alarmante considerando la edad, el género y sobretodo el total de la población investigada, pero que sin embargo no alcanza peso para ser definida como una variable de riesgo, por lo que se corrobora la definición de variable protectora.

Tabla 14.-PORCENTAJE The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	75,0	25,0	0,0	0,0	0,0
4	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Así mismo, la variable depresión refleja un puntaje de 4, en la escala de 0 a 10, de acuerdo a la Figura N° 8, lo que implica estar un punto por debajo de la media (5), y por ende se la puede definir como una variable protectora.

Como se observa en la Tabla N° 15, en el reactivo N° 1, el 50% (2 estudiantes) mencionaron que “casi cada día” sienten poco interés o agrado al hacer las cosas, mientras que el 50% restante mencionó que “nunca”.

Sin embargo, en el reactivo N° 2, cuando se consultó, si se ha sentido triste, deprimido o desesperado, el 50% (2 estudiantes) confirmó que “varios días” tienen ese sentimiento, en tanto que el 50% restante mostró estar dividido (25 % cada rango) entre el rango de “más de la mitad de los días” y “casi cada día”.

Mientras que al consultar si tiene poco o excesivo apetito en el reactivo N° 5, el 75% (3 estudiantes) confirmó sentirlo “varios días” y el 25% restante (1 estudiante) confirmó sentirlo “más de la mitad de los días”

Tabla 15.-FRECUENCIA Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	2	0	0	2
2	0	2	1	1
3	1	2	1	0
4	1	1	1	1
5	0	3	1	0
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	2	1	1	0
9	2	1	1	0
TOTAL	10	12	8	6

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Así mismo cuando se consultó en el reactivo N° 9, si ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma, el 50% de la población femenina mencionó que “varios días” y “más de la mitad de los días” han presentado ese

sentimiento, mientras que el 50% restante (2 estudiantes) mencionaron que “nunca” lo han pensado.

Ahora bien, si se analiza de manera general los totales obtenidos en los rangos “nunca” y “varios días” de la tabla N° 15, se puede observar que son éstos los que reflejan el mayor nivel, lo que a simple vista corrobora la decisión de definir a la variable depresión como una variable protectora.

En cuanto a la variable de satisfacción vital, la Figura N° 8, muestra un puntaje de 6, es decir, un punto sobre la media (5), por lo que podría definirse como una variable protectora.

Recordemos que esta variable, mide la percepción que el individuo tiene sobre su estilo de vida, sobre su entorno habitual, entiéndase así a su familia, a sus pares, y comunidad en general y sobre su propio desenvolvimiento dentro de este.

A través de la Tabla N° 16, se puede confirmar el resultado reflejado en la Figura N° 8, ya que se visualiza que 3 de las 4 participantes femeninas confirmaron estar relativamente satisfechas con su calidad de vida, mientras que una mencionó sentirse neutral, es decir, ni insatisfecha ni satisfecha.

Tabla 16.- FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En este sentido, y de forma general se observa en la Tabla N° 16 que todas las participantes (4 estudiantes) mencionaron sentirse en el nivel neutral con tendencia a la alta, cuando se les consultó su percepción sobre la satisfacción vital, lo que la define como una variable protectora.

3.3. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos del género masculino

3.3.1. Datos Psicosociales

Como se observa en la Figura N° 10, dentro de la población masculina objeto de estudio, la cual fue de un total de 32 estudiantes, el 9% está en la edad de 15 años, este porcentaje corresponde a 3 estudiantes, el 44% (15 estudiantes) tienen 16 años y el mayor porcentaje (47%) que es el total de 17 estudiantes, está en edad de 17 años, no existiendo participantes que tengan 14 años de edad.

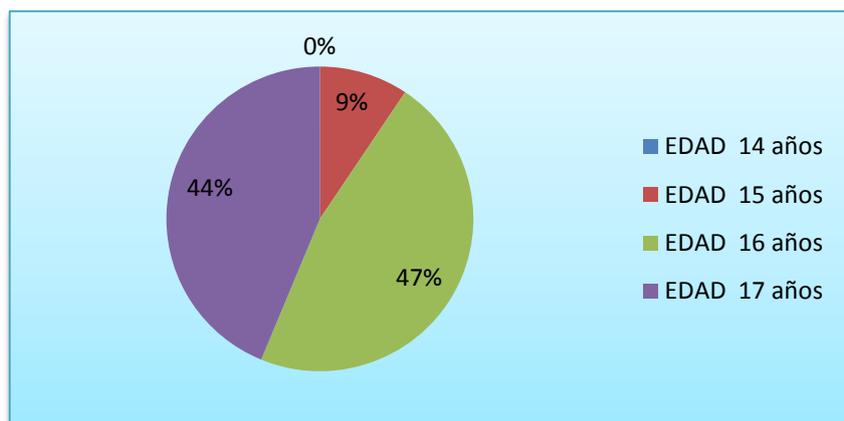


Figura.10. Edad

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

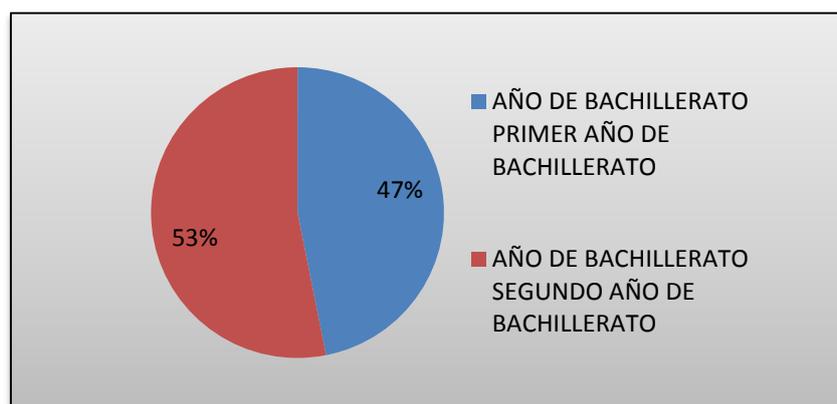


Figura.11. Año de Bachillerato

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Así mismo, se puede evidenciar en la Figura N° 11 que de un total de 32 estudiantes del género masculino que fueron objeto de estudio, el 53%, que corresponde a un total de 17 estudiantes está cursando el segundo año de bachillerato, mientras que 15 estudiantes que refleja el 47% restante está cursando el primer año de bachillerato, en consecuencia el mayor porcentaje de los participantes se encuentra cursando el Segundo año de Bachillerato.

3.3.2. Análisis de los resultados generales

A continuación, se analiza los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población masculina, la cual comprendió en una muestra de 32 estudiantes.

Como se observa en la Figura N° 12, se considera la puntuación estandarizada en una escala de 0 a 10, donde 5 representa el valor medio, y va a depender de la variable a analizar para definirla como una variable protectora o a su vez como una variable de riesgo.

A continuación se especifica los valores designados para cada rango de las puntuaciones obtenidas en el presente informe:

0 – 4 =	Bajo
5 =	Valor medio
6 – 10 =	Alto

De igual forma se procede con el análisis de todas las variables que muestren una inclinación representativa o que se ubiquen al menos con una variación de dos puntos respecto al valor medio (5).

A continuación, en la Figura N° 12, se visualiza el detalle de los resultados obtenidos a través de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población masculina:

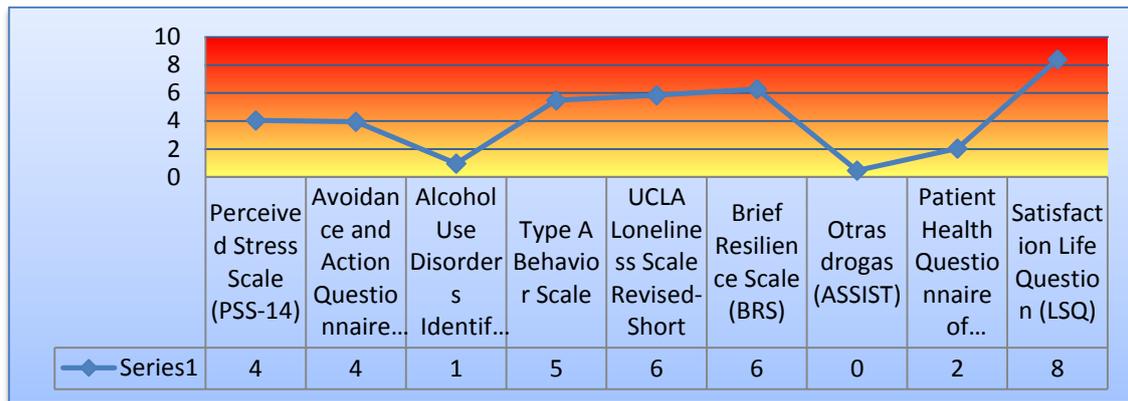


Figura.12. Figura de la batería con los resultados estandarizados

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Analizando la Figura N° 12, se puede evidenciar que en cuanto a la variable estrés, esta presenta un puntaje de 4, siendo un punto por debajo de la media (5), lo que implica que se la puede considerar como una variable protectora.

Esta definición se la puede validar al analizar la Tabla N° 17, dado que cuando se preguntó en el reactivo N° 3 a la población masculina, en el último mes, con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado, la mayor puntuación que es el 50% (16 de 32 participantes) se da en el rango “de vez en cuando”, respuesta muy similar se obtuvo en el reactivo N° 14, en el cual el 47% (15 estudiantes) respondió “de vez en cuando” al consultar, en el último mes con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas, y en igual porcentaje (47%)se obtuvo sumando los rangos “nunca” y “casi nunca” .

Continuando con el análisis, se toma como referencia el reactivo N° 12, donde la población masculina confirma que “de vez en cuando” en el último mes ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer.

La frase “de vez en cuando” hace mención a situaciones muy esporádicas, que de pronto se presentan una o dos veces repetitivas dentro de cierto periodo, y en este caso los reactivos están dentro de un periodo de tiempo de un mes (treinta días).

Es importante mencionar la frecuencia obtenida en el reactivo N° 11, donde 13 de los 32 participantes mencionaron que “casi nunca” en el último mes han estado enfadados porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control.

Así mismo se visualiza frecuencias relevantes en los reactivos N° 4 – N° 5 – N° 6 – N° 13, los cuales pueden ser considerados como favorables ante una situación estresante, y que de seguro contribuyen en la puntuación final para que esta variable se encuentre por debajo de la media (5), corroborando así que el estrés en este estudio es una variable protectora.

Tabla 17.-FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	14	9	8	1	0
2	8	12	8	3	1
3	5	9	16	2	0
4	5	1	12	10	4
5	4	5	11	10	2
6	4	3	10	11	4
7	2	5	11	7	7
8	8	11	10	2	1
9	3	7	9	8	5
10	2	5	12	9	4
11	5	13	9	5	0
12	2	5	14	6	5
13	2	5	7	12	6
14	7	8	15	1	1
TOTAL	71	98	152	87	40

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

La siguiente variable que refleja una puntuación de 4 en la Figura N° 12, es la variable que hace referencia a la inflexibilidad psicológica, según este resultado la población masculina investigada no presenta inconvenientes al momento de cambiar su

comportamiento o conducta ante situaciones difíciles que le toca vivir, lo que da pie para considerar a la inflexibilidad psicológica como una variable a favor (protectora).

Este puntaje (4) se puede confirmar al momento de analizar las frecuencias obtenidas, de acuerdo como se observa en la Tabla N° 18, al analizar el reactivo N° 7, que es el que muestra mayor frecuencia (14), la población responde que “nunca es verdad” cuando se consulta si sus preocupaciones interfieren en el camino de lo que quieren conseguir.

De igual manera en el reactivo N° 4, la mayor frecuencia (12) se da en el rango “nunca es verdad” cuando se consultó si sus recuerdos dolorosos le impiden llevar una vida plena.

Estos resultados afirman que la población masculina aplica acciones acorde a la situación en la que se encuentra, por lo que la inflexibilidad psicológica se convierte en una variable protectora.

Tabla 18.- FRECUENCIA Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	11	8	1	8	0	3	1
2	9	10	5	4	1	1	2
3	10	7	4	8	0	1	2
4	12	6	1	7	3	3	0
5	10	7	3	5	3	3	1
6	11	5	4	5	3	2	2
7	14	5	4	3	2	1	3
TOTAL	77	48	22	40	12	14	11

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

En tanto que, si nos referimos a los resultados obtenidos a través del AUDIT, referente al consumo de Alcohol, se obtiene una puntuación de 1, rango que está

considerablemente bajo de la media (5), en consecuencia esta variable no se define como una variable de riesgo.

Sin embargo hay que recalcar que el 72% (23 estudiantes) de la población investigada que comprende un total de 32 estudiantes, está bajo un consumo considerado como prudente o de bajo riesgo, mientras que 9 estudiantes, lo que corresponde al 28% de la población masculina, está dentro de un consumo de riesgo, así mismo es importante mencionar que no existe consumo perjudicial, ni síndrome de dependencia dentro de esta población.

Considerando que la población en estudio, está dentro de una etapa vulnerable, dado que está afrontando las dificultades propias que genera la transición de la niñez a la adolescencia, estos porcentajes (72 % y 28%) resultan alarmantes, ya que de cierta forma están propensos a ser presas fáciles para pasar a un consumo perjudicial o lo que sería peor para padecer de un síndrome de dependencia, a la vez; esto no significa que vaya a suceder ya que el mayor porcentaje (72%) se encuentra dentro del rango de consumo prudente o de bajo riesgo, por lo que se corrobora que la variable de consumo de alcohol es una variable protectora.

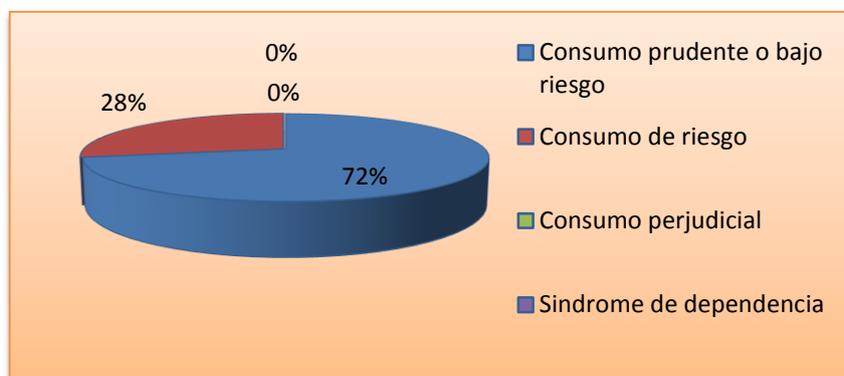


Figura.1. Test AUDIT

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Ahora bien, si nos referimos al tipo de personalidad, como se aprecia en la Figura N° 12, esta variable se encuentra en la media (5) por lo tanto, no puede definirse como una variable protectora y menos aún como una variable de riesgo.

Como se aprecia en la Tabla N° 19, del total de la población masculina (n=32) en el reactivo N° 1 el 47%, que comprende 15 estudiantes, mencionaron que tienen un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas.

Sin embargo en el reactivo N° 3 en el mismo porcentaje (47%) menciona que “de vez en cuando” son muy exigentes y competitivos, mientras que en el reactivo N° 9 se refleja la mayor frecuencia de 22, que corresponde al 69% del total de la población masculina, quienes afirman haberse sentido inseguros, incómodos e insatisfechos con su rendimiento académico, así como la molestia que sienten al esperar (reactivo N° 10) características propias de una personalidad de tipo A.

Tabla 19.-FRECUENCIA Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	15	13	4	0
TOTAL				
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	3	9	12	8
3	6	15	5	6
4	3	11	9	9
5	4	14	8	6
6	4	11	12	5
TOTAL	35	73	50	34
Reactivo	Si		No	
7	16		16	
8	18		14	
9	22		10	
10	19		13	
TOTAL	75		53	

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

De acuerdo al resultado reflejado en la Figura N° 12, en esta investigación la variable de personalidad de tipo A, no es considerada como una variable de riesgo, sin

embargo; cabe resaltar que en niveles más altos seguramente sería una variable asociada al consumo de alcohol y/u otras drogas.

Continuando con la interpretación y análisis de los resultados obtenidos en la población de género masculino, corresponde revisar los resultados de la variable de sensación subjetiva de soledad, la cual en la Figura N° 12 se refleja con una puntuación de 6, osea, un punto arriba de la media (5) por lo que se define a la variable como una variable de riesgo.

Tabla 20.-FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	4	11	11	6
2	15	8	8	1
3	11	14	6	1
4	14	8	9	1
5	2	9	13	8
6	7	9	13	3
7	14	11	6	1
8	9	14	8	1
9	2	6	15	9
10	3	5	18	6
11	11	14	6	1
12	11	14	3	4
13	6	9	13	4
14	10	17	2	3
15	6	8	15	3
16	4	6	16	6
17	6	11	15	0
18	13	10	5	4
19	3	9	12	8
20	1	6	14	11
TOTAL	152	199	208	81

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Esta definición se puede confirmar al analizar las frecuencias obtenidas en la Tabla N° 20, ya que se aprecia la mayor frecuencia (18) que se refleja en el reactivo N° 10, donde esta frecuencia equivale al 56% de la población masculina, quienes contestaron “a veces” cuando se consultó con qué frecuencia te sientes cercano a las demás personas, mientras que 5 contestaron que “rara vez” y otras 3 dijeron que “nunca”.

El 50%, que equivale a 16 estudiantes, contestó “a veces” cuando se consultó, con qué frecuencia sientes que hay personas que realmente te comprenden, en el reactivo N° 16, a la vez, 6 dijeron que “rara vez” y otras 4 mencionaron que “nunca” han sentido que existen personas que realmente los comprenden.

Así mismo, en el reactivo N° 15, 6 estudiantes mencionaron que “nunca” han sentido que pueden encontrar compañía cuando lo han deseado, a la vez, 8 estudiantes confirmaron que “rara vez” han sentido que pueden encontrar compañía cuando lo han deseado, mientras que la mayor frecuencia (16 estudiantes) se ubica en el rango de “a veces”, y solo unos pocos (3 estudiantes) mencionaron que “siempre” pueden encontrar compañía cuando lo han deseado, por lo tanto, estos resultados corroboran el puntaje de 6 que se refleja en la Figura N°12, por lo que se confirma que es una variable de riesgo.

Ahora bien, si se analiza el puntaje reflejado (6) en la variable resiliencia en la Figura N° 12, inicialmente hay que tener presente que la puntuación obtenida es mínima con respecto a la media (5), por lo que se hace meritorio considerar que en ciertas circunstancias la resiliencia no será un factor a favor, ya que se refleja débilmente sustentada, sin embargo en esta investigación se define a la variable resiliencia como una variable protectora.

Lo que se confirma, al analizar las frecuencias obtenidas en la Tabla N° 21, ya que en el reactivo N° 2, el 50% (16 estudiantes) de la población mencionó estar “en desacuerdo” cuando se consultó si lo pasa mal superando situaciones estresantes, mientras que 7 estudiantes se inclinaron al rango neutral, de ahí que en el reactivo N° 1, la mayor frecuencia (10) que equivale al 31% de la población masculina, se ubicó en el rango “de acuerdo” al consultar si tienden a recuperarse rápidamente después de los momentos difíciles, mientras que 5 estudiantes mencionaron estar “muy en desacuerdo”, a la vez 6 dijeron estar “en desacuerdo”, y 8 estudiantes se inclinaron al rango neutral, en consecuencia se afirma que la variable resiliencia es una variable protectora.

Tabla 21.- FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	5	6	8	10	3
2	4	16	7	2	3
3	7	9	7	7	2
4	10	9	6	6	1
5	8	8	9	5	2
6	10	8	7	4	3
TOTAL	44	56	44	34	14

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Continuando con el análisis de los datos obtenidos en la Figura N° 12, al hacer referencia sobre el consumo de alcohol y otras sustancias, los resultados obtenidos a través del Test The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test (ASSIST), si bien es cierto refleja una puntuación de cero, en la Figura arriba mencionada, es decir; aparentemente la población masculina objeto de estudio no presenta indicios de consumo de alcohol y otras sustancias, en consecuencia a esta variable puede considerarse como una variable protectora.

Sin embargo, al analizar la Tabla N° 22, se puede apreciar que si existe consumo, por ejemplo; en el reactivo N° 1, el 6.3 % que equivale a 2 estudiantes, mencionaron que consumen “cada semana” drogas (sin especificar qué tipo de drogas), mientras que en el reactivo N° 4, 1 estudiante que significa el 3.1 % mencionó que “diario o casi diario” durante los últimos tres meses ha consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc) y en igual porcentaje (3.1%) 1 estudiante confirmó que “diario o casi diario” en los últimos tres meses ha consumido otras sustancias psicoactivas, según el reactivo N° 11.

En tanto si nos referimos al consumo de alcohol, se puede observar en el reactivo N° 3 que existe el 6.3%, es decir, 2 estudiantes quienes manifestaron que durante los últimos tres meses “cada mes” han consumido alcohol (cerveza, vino, licores cocteles, etc.).

Tabla 22.- PORCENTAJE The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	87,5	6,3	0,0	6,3	0,0
2	75,0	21,9	3,1	0,0	0,0
3	59,4	34,4	6,3	0,0	0,0
4	93,8	0,0	3,1	0,0	3,1
5	93,8	3,1	3,1	0,0	0,0
6	93,8	6,3	0,0	0,0	0,0
7	96,9	0,0	3,1	0,0	0,0
8	93,8	3,1	3,1	0,0	0,0
9	96,9	3,1	0,0	0,0	0,0
10	93,8	3,1	3,1	0,0	0,0
11	96,9	0,0	0,0	0,0	3,1

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

Referente a la variable depresión, se aprecia que ésta muestra un puntaje de 2, lo que nos da la pauta para deducir que la población masculina investigada no presenta mayor peligro en padecer cuadros depresivos, por lo que se considera a la variable depresión como una variable protectora.

Para confirmar el resultado reflejado en la Figura N°12, se analiza la Tabla de frecuencias N° 23, donde se visualiza que la mayor frecuencia se encuentra en el reactivo N° 9, donde el 78 % de la población investigada (25 de 32 participantes), mencionaron que “nunca” han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma.

Así mismo, en el reactivo N° 8, el 75% que equivale a 24 de 32 estudiantes, mencionaron que “nunca” 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.

Tabla 23.-FRECUENCIA Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	15	9	6	2
2	19	9	2	2
3	19	7	3	3
4	18	9	2	3
5	17	8	4	3
6	20	8	3	1
7	22	4	2	4
8	24	5	2	1
9	25	4	1	2
TOTAL	179	63	25	21

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

De igual manera se observa en el reactivo N° 7, una alta frecuencia (22) bajo el rango de “nunca” cuando se consultó si han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.

Analizados estos reactivos N° 7 – N° 8 y N° 9, se corrobora la puntuación de 2 reflejada en la Figura N° 12 en la variable depresión, puntaje que está 3 puntos bajo la media, por lo que se confirma que no es una variable de riesgo.

Para finalizar con el análisis de la Figura N° 12, se tiene la variable de satisfacción vital, la cual presenta un puntaje de 8, en una escala de 0 al 10, lo que implica que se encuentra a tres puntos sobre la media (5), por lo que se la define como una variable protectora.

Sin embargo, como se observa en la Tabla N° 24 la mayor frecuencia se da en el nivel 9, donde 13 de 32 participantes que equivale al 41%, de la población masculina, mencionó sentirse satisfecho con la calidad de vida que tiene actualmente, ahora, si unificamos las frecuencias obtenidas en los rangos de 8 a 10, se tiene que el 81%, es decir; 26 estudiantes de la población masculina objeto de estudio (n= 32) mencionó que su nivel de satisfacción vital es bastante satisfactoria, por lo que se corrobora la

puntuación reflejada en la Figura N° 12, y se confirma la definición dada párrafos anteriores donde se mencionó que la variable de satisfacción vital es una variable protectora.

Tabla 24.- FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, periodo lectivo 2014-2015.

Elaborado por: Mónica Morales.

3.4. Discusión de los resultados obtenidos

Esta investigación tiene como propósito analizar y seleccionar las variables psicosociales consideradas como predictivas de la salud mental y del consumo problemático de sustancias en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha cantón Quito, año 2015, con la finalidad de cuidar de esta parte de la población que de cierta manera se presenta vulnerable ante una sociedad consumista.

Además a través de este estudio se pretende contribuir con información importante, sobre la realidad de la población con respecto al consumo de sustancias, de manera que la institución educativa investigada pueda diseñar planes de acción en pro del bienestar estudiantil, y porque no decirlo de la sociedad en general.

A continuación, se discute los principales hallazgos, de acuerdo a los resultados arrojados en el desarrollo del presente trabajo, no sin antes mencionar que la población objeto de estudio, comprende un total de 36 adolescentes en edades de 15 a 17 años, por lo que cabe recordar las implicancias que tiene esta etapa en el ser humano.

Para la Organización Mundial de la Salud (1992) la adolescencia es:

La etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y en la cual se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud.

Mientras que la UNICEF (2002), al referirse a la adolescencia menciona:

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, empiezan a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables.

De acuerdo a lo expuesto por la OMS (1992) y la UNICEF (2002), la adolescencia es considerada como un período crítico sometido a constantes cambios, siendo estos físicos, psíquicos y sociales, por lo que en muchos casos, y porque no decirlo en la mayoría, esta etapa es considerada como un periodo difícil tanto para el adolescente como para su familia, ya que los cambios hormonales además de producir la transformación física, también genera alteraciones en sus emociones, donde los amigos ocupan un lugar muy importante, ya que necesitan formar parte de un grupo de iguales para ir construyendo su identidad, lo que implica dedicarle mucho más tiempo a la vida social, dejando de lado la vida familiar.

De igual forma se considera a la adolescencia como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones en la personalidad que favorezcan a trastornos en la salud mental y que a su vez induzcan al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias estupefacientes.

Así mismo el estrés, es un factor que afecta considerablemente al adolescente en esta etapa, por lo que Galán y Sánchez (2004) mencionan,

Debido a los efectos que tiene el estrés en el funcionamiento fisiológico e inmunológico, la acumulación de eventos estresantes puede afectar al bienestar y la salud del adolescente, ya sea directamente o través de su influencia en las conductas de salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social.

Recordemos que Kertesz, Kerman (1982, p.32) citando a Hans Selye (1978) al referirse al estrés menciona:

El estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia, sea provocada por condiciones agradables o desagradables. Así, las continuas necesidades de ajustes interno y externo (acción) para la supervivencia, movilizan nuestros recursos físicos y mentales, mediante esa respuesta general que es el estrés. Es inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos (infecciones, temperaturas extremas, ruidos, deportes, cambios sociales).

El solo hecho de estar inmerso en la etapa de la adolescencia genera una serie de síntomas de estrés, y si a esto le sumamos lo mencionado por Galán y Sánchez (2004) se confirma que el estrés genera muchos cambios físicos y mentales, sin embargo; la mayoría de los adolescentes experimentan estrés cuando perciben una situación como peligrosa, difícil o dolorosa y ellos no tienen los recursos para enfrentarla o abordarla, por lo que hacen de esta etapa un periodo de mayor riesgo.

De los resultados obtenidos en este estudio, se evidencia que en general la población objeto de estudio muestra niveles considerados como bajos referente al estrés, lo que no significa que no exista, ya que como se mencionó en párrafos anteriores la etapa misma es proclive a la existencia de este factor.

Sin embargo al realizar una segregación por género, se evidencia que el género femenino muestra un punto superior al género masculino, lo que hasta cierto punto estaría dentro de los parámetros normales, ya que según Burke y Weir (1978), “las adolescentes mujeres, han mostrado experimentar un mayor estrés en general de lo que lo hacen los adolescentes hombres”.

Lo mismo menciona Galaif, Sussman, Chou&Wills, (2003) “Diversos estudios han informado que, en comparación con los hombres, las mujeres adolescentes reportan más quejas somáticas, mayor cantidad de eventos estresantes, mayor malestar asociado a dichos eventos y mayor estrés percibido, así como mayor número de síntomas depresivos”.

A la vez, es muy importante mencionar que la muestra del género femenino es relativamente pequeña (n = 4) por lo que no estaría correcto considerarla como una regla que permita generalizar dicho resultado.

Si bien es cierto, la Constitución de la República del Ecuador, en su art. 347 establece el fortalecimiento de la educación pública y la coeducación; y, la Ley Orgánica de Educación Intercultural, entre las obligaciones del Estado, menciona que debe “asegurar que todas las entidades educativas desarrollen una educación integral, coeducativa, con una visión transversal y enfoque de derechos”. Por lo que el gobierno nacional a través de la LOEI en el año 2012, decretó que todo centro educativo sea de categoría mixta.

Cabe resaltar que esta resolución tiene como ventaja, la implementación de la coeducación, la cual permite el contacto e intercambio cultural de género que propicia un mejor desarrollo intelectual, biológico y espiritual, así como establecer equilibrios de respeto entre chicos y chicas, desarrollando la capacidad de relacionarse socialmente.

Y como no podía ser de otra manera, la institución educativa del Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia Pichincha, cantón Quito, además de estar consciente de los beneficios que genera la coeducación, acogiendo a dicha disposición, sin embargo pese a que está calificada como mixta, en la actualidad existe muy pocas estudiantes de género femenino, considerando que dicha ley entró en vigencia desde el periodo lectivo 2012 – 2013, y si a esto se adiciona que el centro educativo imparte educación en especialidades técnicas (mecánica industrial, electricidad, electromecánica, etc.), se tiene que en los años de primero y segundo de bachillerato del año 2015, no se cuenta con una población representativa de dicho género, a la vez, se espera que para los próximos años lectivos se cuente con mayor presencia del género femenino en estos niveles, para futuros estudios.

Así mismo, en esta investigación se observa que la población objeto de estudio prevalece en la personalidad Tipo A, siendo el género femenino quien muestra mayor inclinación, respecto al género masculino, lo que de alguna manera corrobora lo mencionado en párrafos anteriores referente al estrés en las mujeres (mayor puntaje que los hombres), ya que el estrés es una característica propia del tipo de personalidad A.

Ahora bien, citando a Friedman (1996) quien sugiere que la conducta Tipo A se expresa en tres síntomas principales:

- Libre flotación hostilidad, que puede ser desencadenada por los incidentes, incluso menores de edad.
- Tiempo urgencia e impaciencia, lo que provoca irritación y exasperación generalmente descritos como "corto fusionados".
- Una competitiva en coche, lo que provoca el estrés y una mentalidad logro impulsada.

Cabe mencionar que el tipo de personalidad A posee características que en conjunto con otras variables como el estrés propio de la etapa de la adolescencia, pueden influir en la salud mental, además hay que tener presente que el adolescente por ende es un

ente vulnerable, lo que implica ser presa fácil para incurrir en el consumo de alcohol y/u otras sustancias, de no aplicarse medidas de acción que minimicen este riesgo.

Sumando a esta posibilidad la elevada (un punto sobre la media) sensación subjetiva de soledad, que muestra la población investigada, siendo una vez más el género femenino quien prevalece en esta variable, aunque la diferencia no es considerable referente al género masculino, sin embargo es importante notar que este último de igual manera menciona experimentar este sentimiento.

Sin embargo, pese a existir un nivel considerado como alto en esta variable, se evidencia que no existe mayor presencia de síntomas depresivos, a pesar de que el género femenino muestra mayor inclinación a presentarlos.

De igual manera se hace meritorio recordar que según la OMS (2015), “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Síntomas que seguramente están presentes en la población objeto de estudio, pero a la vez su presencia no genera peso ni fuerza de manera que pueda ser considerada como una variable de riesgo, pero que a su vez si puede influenciar en los efectos que pueden causar otras variables de consideración.

De ahí que es muy importante mencionar los resultados obtenidos en la variable inflexibilidad psicológica, el cual se podría interpretar como influyente (favorable/desfavorable), dado que la población muestra poca resistencia al cambio y fácilmente manejable dependiendo de la estimulación del medio que reciba el adolescente. , es decir, puede ser influenciada fácilmente por otros factores, sean estos a favor o en contra.

Recordemos que el diccionario de la Real Academia Española (2014. 23a Edición) menciona que “la inflexibilidad es la constancia y firmeza para no conmovirse ni doblegarse ante algo”.

Mientras que, citando a Morrinson, (2014) se tiene que la inflexibilidad significa:

Reacio a hacer cosas que se salgan de la rutina, perfeccionismo que dificulta terminar las tareas, preocupación por las reglas, listas y el orden, no ve el bosque por ver los árboles, se resiste a que otros hagan las cosas a su propio modo, rígido en cuando a la moral y la ética.

Así mismo es conveniente resaltar los resultados obtenidos en esta investigación, referente a la variable resiliencia, los cuales pueden ser considerados poco favorables ya que a pesar de estar sobre la media, no representa un factor de ayuda para sobrellevar las características propias de la personalidad tipo A, ya que en su mayoría el adolescente muestra dificultades para recuperarse por sí mismo ante una adversidad, situación que probablemente influyó en el resultado obtenido en la variable de sensación subjetiva de soledad, sin embargo esto no significa que la población objeto de estudio no cuente con mecanismos de defensa que les ayuda a superar las situaciones difíciles que a diario se presentan, aunque esto no signifique que sea en las mejores condiciones.

Según Grotberg (1996) “El concepto de resiliencia en los seres humanos es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”.

Kumpfer y Hopkins (1993) “consideran que son siete los factores que componen la resiliencia en los jóvenes: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, y determinismo y perseverancia”.

Con lo mencionado por Kumpfer y Hopkins, se confirma los resultados obtenidos en la variable resiliencia, debido a que en la población prevalece el tipo de personalidad A, el cual posee características distintas según lo mencionado por Friedman (1996) en párrafos anteriores.

Ahora bien, si nos referimos al consumo de bebidas alcohólicas, en este estudio se evidencia que el 100% de la población confirma el consumo de alcohol, sin embargo la intensidad de dicho consumo es variable, ya que el 72 % menciona tener un consumo prudente o de bajo riesgo, mientras que el 28% refiere tener un consumo de riesgo.

Este resultado puede estar influenciado a que el alcohol, es una sustancia de consumo legal en el Ecuador, de fácil acceso, de mayor promoción publicitaria, y sobre todo de mayor arraigo cultural.

Tomando en cuenta que según la OMS (2014) Ecuador está en el noveno lugar entre los países de América Latina que más ingiere alcohol, donde el 89.7% de dicho consumo es realizado por hombres y el 10.3 % lo consumen mujeres, según informe emitido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014).

En tanto que al referirnos al consumo de otras sustancias como mariguana, se tiene que la población muestra un consumo diario o casi diario del 2.8 %.

Según lo mencionado por el Diario el Universo, en su edición del 7 de Febrero del 2013, donde informa que el Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (Consep) realizó una encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de entre 12 y 17 años, aplicada a 514.962 estudiantes de colegios públicos y privados a nivel nacional, se desprende que la marihuana es la droga más frecuente entre los adolescentes, quienes en un 15% respondieron que les resultaría fácil acceder a esta sustancia, donde el 1,62% admitió un uso experimental de esta droga, es decir que la consumió una sola vez en el último año; el 0,87% presenta un uso ocasional porque la ha consumido varias veces en el año; el 0,13% la consume regularmente desde hace dos años y un 0,18%, es decir 927 estudiantes en Ecuador, podrían presentar problemas de abuso con esta droga.

En consecuencia se observa que los resultados obtenidos en esta investigación referente al consumo de alcohol, la población de estudio muestra tendencia similar a las estadísticas nacionales, a pesar de que las cifras obtenidas en la variable de satisfacción vital son favorables, se evidencia la influencia del medio en los adolescentes.

4. CONCLUSIONES

- En el Distrito 17D04, Zona 9, de la provincia de Pichincha, cantón Quito, existe un consumo de alcohol, dentro de los rangos de consumo prudente y de bajo riesgo, sin embargo no existe consumo perjudicial y de dependencia.
- En cuanto al consumo de sustancias un porcentaje menor de la población estudio demuestra que existe un consumo diario o casi diario de marihuana y alcohol, lo que es independiente de la percepción de satisfacción vital demostrada en altos rangos.
- La población estudiada, muestra variables psicosociales asociadas a la salud mental, tales como el estrés, la inflexibilidad psicológica, la sensación subjetiva de soledad que son consideradas como variables perjudiciales porque favorecen el consumo de sustancias, mientras que la resiliencia es considerada como una variable protectora, ya que los resultados obtenidos están sobre la media.
- Se establecen como variables predictoras al consumo problemático de sustancias, la edad, el género, la personalidad tipo A, y la inflexibilidad psicológica, considerando que la población comprende edades de 14 a 17 años, etapa vulnerable por el mismo hecho de sufrir los cambios que se producen en la adolescencia, y de acuerdo a los resultados obtenidos el género masculino muestra mayor consumo, referente a la personalidad tipo A, las características propias de la misma, como irritabilidad, estrés, ansiedad, etc, pueden favorecer al consumo de sustancias al igual que la inflexibilidad psicológica que se muestra con puntuación baja y significa el grado de manipulación al cual está propensa la población estudio.
- La variable depresión, demuestra no ser un factor influyente para el consumo de sustancias, debido a que la puntuación obtenida es baja.
- En la segregación de género, se concluye que el género masculino presenta mayor nivel de consumo de sustancias, debido a la facilidad de acceso, el poco control y mayores oportunidades.

5. RECOMENDACIONES

- Las entidades de control a nivel gubernamental, sectorial e institucional deberían aplicar más rigurosamente las medidas de prohibición existentes en la normativa legal nacional.
- Identificar el porcentaje de la población que demuestra el consumo diario o casi diario de marihuana, para remitirlos a centros gubernamentales que les brinde la posibilidad de participar en programas de reinserción social.
- Reforzar la práctica de actividades recreativas, culturales y sociales que valoren la calidad de vida que posee la población.
- Diseñar planes de trabajo que conjuntamente con centros especializados brinden la oportunidad de aprovechar la inflexibilidad psicológica obtenida, ya que esta variable muestra la habilidad para modular el comportamiento en función a lo que se necesita en un momento dado, en este caso sería con la finalidad de producir una influencia positiva en los adolescentes.
- Diseñar un cronograma de capacitaciones, talleres dinámicos donde se refuerce las habilidades para el manejo de estrés y sensación subjetiva de soledad.
- Reforzar y potenciar a través de dinámicas grupales las habilidades para responder favorablemente a situaciones adversas, de manera que se apliquen factores protectores como la motivación, autoestima y resiliencia alta, etc. que permitan al individuo tener una mejor calidad de vida y así evitar el consumo de sustancias.
- La Institución Educativa debe reforzar su departamento de Orientación Estudiantil, de manera que este se convierta en un departamento que acoja las inquietudes y preocupaciones propias de los adolescentes.
- El Institución educativa, debe motivar y respaldar la participación de los adolescentes en varias disciplinas deportivas y otras actividades pro-sociales.

- Concientizar en los adolescentes el no consumo de alcohol, a través de charlas motivacionales para prevenir el consumo temprano.
- La institución educativa debería apoyar a padres en la mejora de la comunicación, a través de talleres o espacios como escuela para padres.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Artigos, (Mar 2003) *Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres conceptos a diferenciar*, Revista Malestar, Subjetividad y Fortaleza/ V. III / N. 1 / P. 10 – 59.
- Barra Almagia, E. (noviembre 2008). Influencia del estrés y ánimo depresivo sobre la salud adolescente. *Revista Departamento de Psicología Universidad de Concepción, Chile, 9 (1), 176 - 177.*
- Belloch, A., & Baños, R. (1986). *Clasificación y categorización en psicopatología*. In A. Belloch & P. Barreto (Dir.), *Psicología clínica: Trastornos biopsicosociales* (pp. 1-48). Valencia, España: Promolibro.
- Bermúdez, J., & Luna, M. D. (1980). *Ansiedad*. In J. L. Fernández Tres palacios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). Madrid: UNED.
- Canguilhem Georges (julio 1997) y el estatuto epistemológico del concepto de salud.
- CavanaughKail (2006) *Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital*. Tercera Edición. Thomson Editores S.A.
- Cloninger Susan C. (2003). *Teorías de la personalidad*. Tercera edición. México. Pearson Educación.
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Observatorio Nacional de Drogas. *Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años*. Quito, Imprenta Full Color, 2013.
- Dr. Alberto Infante Campos D. G. de la Agencia de Calidad del SNS, *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*
- Escaramuza R. (1992), *Estudios Psicológicos avanzados, contemporáneas*, Madrid España.
- Fierro, A. (1994). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona, Editorial Paidós.
- Gallar, M.(2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (4ª edición ed.) Madrid: Thomson-Paraninfo.
- Larsen, R. & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad* (Segunda edición). México, Editorial Mc Graw Hill.
- Leal F. (2002). *Comprender la Enfermedad Mental*. Murcia, España: Universidad de Murcia Servicios de Publicaciones.
- Lillo Nieves, Roselló Elena – *Manual para el trabajo Social Comunitario* –Narsea, S.A. de Ediciones. Dr. Federico Rubio y Galí, 9.28039 Madrid
- M. Hunruba Pérez, M. Miguel López. (2005). *Ciencias Psicosociales aplicadas*. Barcelona-España. Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.

- Ministerio de Salud. (2003) Guía Clínica AUGE “*Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años*”. Santiago: Minsal.
- Musitu, G. y Cava, M.J. (2003). *El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes*. *Intervención Psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- OMS Informe sobre la salud en el mundo 2001. *La Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas*, OMS, Francia, 2001.
- Peiro J.M., y Salvador A. (1993) *Control del estrés laboral* Ed. Eudema. Madrid.
- P.Lorenzo, J. M. Ladero, J.C. Leza y I. Lizasoain (2009), *Drogodependencias – Farmacología, Patología, Psicología, Legislación* 3era Edición, Buenos Aires, Médica Panamericana.
- Rey C., (2004) *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos*. Suma Psicológica
- Rigor Cuadra Assumpta y Ugalde Apalategui Mercedes (2001), *Enfermería de Salud mental y Psiquiátrica*, 2da edición, Elsevier Masson
- S. Galán Cuevas, E. Camacho Gutiérrez. (2012) *Estrés y Salud: Investigación Básica y Aplicada*. México. Editorial el Manual Moderno.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, (marzo 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- T. García Castro (2011). *Más allá del estrés*. España. Editorial Bubok Publishing S.L.
- Tobal Miguel, J. J., & Casado M. I. (1999). *Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención*. In G. G. Fernández-Abascal & F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 91-124). Barcelona: Ariel.
- Valdes, M. y Flores, T. (1990) *Psicobiología del estrés* Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Vargas Madriz , Luis Francisco; Ramírez Henderson, Ronald. (2012). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Descripción General de una aproximación con énfasis en los valores personales*. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, . 101-110.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wilson Nelly, y Luciano Soriano Ma. del Carmen. (2002), *Terapia de aceptación y compromiso*. Pirámide. Madrid.
- World Psychiatry – *Revista oficial de la Asociación mundial de Psiquiatría (WPA)*
Volumen 6 N° 2 – Septiembre 2008
- American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 2015, recuperado de http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Los_Adolescentes_el_Alcohol_y_Otras_Drogas_03.aspx

American Psychological Association, 2015, Los distintos tipos de estrés, recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>

A Viera, S López, A Barrenechea - Revista Cubana de Salud y Trabajo 2006, recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>

Bobes et. al., Trastornos de Ansiedad Generalizada, 2006, recuperado de <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2010-11/13PM-ANSIEDAD.pdf>

Definición de resiliencia - Qué es, Significado y Concepto, recuperado de <http://definicion.de/resiliencia/#ixzz3b3fG074c>

Definición de salud mental - Qué es, Significado y Concepto, recuperado de <http://definicion.de/salud-mental/#ixzz3aySbjhuC>

Diario de Sevilla, Estrés y Ansiedad, 2010, recuperado de <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>

Diccionario Definición, 2007-2015, recuperado de <http://www.definicionabc.com/social/personalidad.php>

E. López, G. Ochoa, J. Olaizola - Salud Mental 2005, recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam054i.pdf>

Instituto Nacional de la Salud Mental Publicación de NIH Num. SP 09 3561 Modificado en enero del 2009 recuperado de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf

Instituto Carlos Slim de la Salud, 2013, recuperado de <http://www.clikisalud.net/saludmental/que-factores-pueden-afectar-mi-salud-mental/>

N. Lillo, E. Roselló, Manual para el Trabajo Social Comunitario, 2004, recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=jgFzIB1JW3kC&pg=PA90&lpg=PA90&dq=funciones+del+apoyo+social&source=bl&ots=0cGuiZMt1p&sig=IPHYrPsk68_hOzvqZ102Pywz4&hl=es419&sa=X&ei=gPvgVe8GjLWwBJ73gdgM&ved=0CDsQ6AEwBA#v=onepage&q=funciones%20del%20apoyo%20social&f=false

Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo, *Educación*, 33 (2) 171-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>

N.I.D.A., Las drogas, el cerebro y el comportamiento – La ciencia de la Adicción, 2008, recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud, Salud Mental, 2014, recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Revista Papeles del Psicólogo, Julio, número 2, Volumen 27, 2006, recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1339>

7. ANEXOS

Anexo 1 Carta de Presentación del Proyecto para Rectores

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO Y TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

**Proyecto: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los
estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015”**

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO PARA RECTORES DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Loja, Mayo 2015

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 asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015”, en el cual se vinculan estudiantes y egresados de la Titulación de Licenciados en Psicología, como investigadores de campo y tesis.

La importancia de esta temática radica en que la salud mental según la Organización Mundial de la Salud, es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera; por otro lado el consumo problemático de drogas es reconocido por el Ministerio de Educación como un problema social ya que afecta a toda la comunidad, en especial a niños y jóvenes, con un alto consumo de alcohol, tabaco y fármacos en el ámbito nacional, por esta razón mediante el Programa Nacional de Educación Preventiva para el Uso Indebido de Drogas PRONEP/UID, dispone de varios programas y campañas de prevención. Sin embargo, es necesario realizar un análisis de mayor profundidad para desarrollar planes de intervención eficientes en relación a esta problemática, por ello se investigará sobre salud mental, personalidad, apoyo social, estilos de afrontamiento, con el propósito de conocer indicadores de bienestar en el estudiante.

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

El estudiante con la supervisión de un Director de Tesis (Docente Investigador 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,

Ph.D. Silvia Vaca Gallegos
**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA**

Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez
**COORDINADOR DE LA TITULACIÓN
DE PSICOLOGÍA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gracias por su colaboración

Anexo 3

Carta de Autorización del Rector

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

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

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

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

F.-----

Fecha: _____

Anexo 4:

**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.: 371 444, Ext. 2631

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

Firma del investigador: _____

CI _____

CI: _____

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

Anexo 5:

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 proporcionas 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:
