UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica del Ecuador

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Análisis de las variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa Particular del norte de Quito, estudio realizado, año lectivo 2014-2015.

TRABAJO DE TITULACIÓN

.

AUTORA: Ortuño Utreras, María Eugenia

DIRECTORA: Erique Ortega Elsa Rosa Nora, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO 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 TITULACIÓN

Doctora.

Erique Ortega Elsa Rosa Nora, Mgtr.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015 **una Institución educativa particular, de escolarización mixta, perteneciente a la zona La Mariscal al centro norte de Quito**, **del distrito 5, circuito 4**, realizado por Ortuño Utreras María Eugenia, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 20 octubre de 2015

f)……

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

"Yo, María Eugenia Ortuño Utreras, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: "Análisis de las variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de **una Institución educativa particular, de escolarización mixta, perteneciente a la zona La Mariscal al centro norte de Quito**, **del distrito 5, circuito 4,** de bachillerato del Ecuador 2015", de la Titulación de Psicología siendo la, Mgtr. Elsa Rosa Nora Erique Ortega, directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

f……
Autor: Ortuño Utreras María Eugenia
Cedula: 1712453347

DEDICATORIA

Quiero empezar esta dedicatoria agradeciendo a Dios por haberme puesto en el camino de esta carrera.

Dedico esta tesis a mi amado hijo Mateo, por ser la fortaleza para continuar cada día con más esfuerzo.

A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en toda mi carrera universitaria.

MARIA EUGENIA ORTUÑO.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que ha estado conmigo en cada paso que he dado, guiándome y dándome fortaleza para continuar en cada tropiezo encontrado.

Agradezco a mi hijo Mateo por toda su paciencia y por el tiempo que no compartí con él, mismo que lo dispuse para mis estudios

Agradezco a mi esposo por todo su apoyo, esfuerzo y comprensión.

También quiero agradecer a mi amiga Mónica S., por toda su ayuda incondicional, a mi hermano Cristian y mi prima Angy, que siempre me brindaron su apoyo.

Agradezco a todos los maestros, tutores, directores y administrativos de la Universidad Técnica Particular de Loja, que me apoyaron en cada semestre y en concluir esta tesis.

A todas las personas que han formado parte de mi vida a quienes me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en todos los momentos de mi vida que los necesite.

MARIA EUGENIA ORTUÑO.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
ÍNDICE DE CONTENIDOS vi
RESUMEN viii
ABSTRACT ix
INTRODUCCIÓN 1
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO 4
1.1 Salud mental 5
1.1.1 Definición de salud mental 5
1.2 Factores asociados a la salud mental 5
1.2.1 Personalidad 7
1.2.2 El Estrés 9
1.2.3 Apoyo social 10
1.2.4 Inflexibilidad psicológica 11
1.2.5 Compromiso vital 12
1.2.6 Resiliencia 13
1.2.7 Ansiedad y Depresión 14
1.2.8 Satisfacción vital 15
2. Consumo de drogas 16
2.1 Consumo problemático de drogas 17
2.2Consumo problemático de alcohol 20
2.3 Causas del consumo de drogas 21
2.4Consecuencias del consumo de las drogas 23
3 ADOLESCENTES 24
3.1 Desarrollo biológico 24
3.2 Desarrollo social 26
3.3 Desarrollo psicológico 27
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA 30
2.1 Objetivos: 31
2.1.1 General 31
2.2Diseño de la investigación 31

2.3 Contexto **31**
2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN **32**
2.5.1 Métodos: **32**
2.5.2 Técnicas **33**
2.6. Procedimiento **35**
CAPÍTULO. 3 ANALISIS DE DATOS **38**
3.1 Datos Psicosociales. **39**
3.2 Análisis de resultados generales **40**
3.4 Análisis de resultados respecto al género femenino **49**
3.5 Análisis de resultados respecto al género masculino **56**
3.6 DISCUSIÓN DE DATOS **64**
4. CONCLUSIONES **67**
5. RECOMENDACIONES **69**
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS **70**
7. ANEXOS **74**
7.1 FOTOS **74**
7.2 APROBACIÓN DE LAS AUTORIDADES DE LA INSTITUCIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LAS BATERIAS PSICOMÉTRICAS **75**
7.3 CONSENTIMIENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN **76**
7.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS **78**

RESUMEN

La presente investigación *"Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa privada ubicada en el centro norte de Quito"*, tiene como objetivo principal el análisis de la distribución de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias en 37 estudiantes de entre 15 y 17 años de edad, de los cuales 25 son mujeres y 12 son hombres. El diseño metodológico comprende el método descriptivo, la recolección de datos fue realizada mediante encuesta a través del muestreo casual no probabilístico, utilizando una batería psicológica basada en escalas psicométricas para la medición de las variables psicosociales sociodemográficas, estrés, personalidad tipo A, apoyo social, inflexibilidad psicológica, resiliencia, ansiedad y depresión, satisfacción vital y consumo problemático de alcohol y otras drogas. El resultado principal señala que en esta muestra no se manifiesta un consumo problemático de sustancias y presenta una salud mental favorable, debido a que las variables encargadas de evaluar estos factores se encuentran en su mayoría puntuando como factores de protección.

PALABRAS CLAVES:

Salud Mental, Variables Psicosociales, Consumo de Sustancias, Método Descriptivo, Factores de Riesgo, Factores de Protección.

ABSTRACT

This research *"Analysis of the psychosocial variables associated with mental health and substance use among students in first and second high school of a private educational institution located in the northern center of Quito*", has as its main objective the analysis of the distribution of psychosocial variables associated with mental health and substance abuse in 37 students aged between 15 and 17 years, including 25 women and 12 men. The methodological design includes the descriptive method, data collection was conducted through a survey through non-probability random sampling, using a solution based on psychometric scales for measuring sociodemographic psychosocial variables, stress, type A personality, social support, psychological battery, psychological inflexibility, resilience, anxiety and depression, life satisfaction and problematic use of alcohol and other drugs. The main result states that this shows a problematic substance use and has not expressed a favorable mental health, because the variables responsible for assessing these factors are mostly scoring as protective factors.

KEYWORDS:

Mental Health, Psychological Variables, Substance, Descriptive Method, Risk Factors, Protective Factors.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación *"Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa privada ubicada al centro norte de Quito"*, tiene como objetivo principal el análisis de la distribución de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias en 37 estudiantes de entre 15 y 17 años de edad, grupo conformado por 25 mujeres y 12 hombres.

El consumo de drogas en la actualidad constituye un fenómeno social que está afectando especialmente a los adolescentes, es muy evidente el uso de todo tipo de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana, difícilmente podemos impedir estas vivencias en los jóvenes, que en muchos casos los lleva a ser consumidores de drogas, los mismo que están experimentando problemáticas psicológicas, sociales o de personalidad. Según un estudio realizado por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas - CONSEP y publicado por el periódico nacional ecuatoriano El Universo, el 57 % de la droga que se consume en el país puede ser obtenida en espacios públicos, como la calle, los bares y discotecas, en tanto que el 27 % se la consigue de amigos o, incluso, de familiares, estos son parte de los resultados del Cuarto Estudio Nacional sobre uso de drogas en la población de entre 12 y 65 años. (Universo, 2014).

Como nos muestran las estadísticas es preocupante el crecimiento de consumo de estupefacientes, que afecta cada día más a la población adolescente, gracias a los estudios realizados en torno al tema podemos determinar un conjunto de factores de riesgo y de factores de protección, asociados al consumo de drogas, que nos permiten conocer a las personas que estén en mayor riesgo de consumir y aquéllas que tienen mayor protección, en función de esto ha sido posible desarrollar programas preventivos.

Por lo tanto, es un deber como futuros profesionales de la psicología realizar trabajos investigativos que mediante el análisis de constructos psicosociales de una población determinada permitan el desarrollo de estrategias preventivas que respondan tanto a realidades y necesidades individuales como sociales. Esto en función de asumir a la prevención como una responsabilidad social, por lo que las instituciones públicas como privadas, organismos del estado tienen la obligación de coordinar y fortalecer programas masivos de prevención, también dentro del núcleo familiar, una crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad, socialización, amigos, escuela, se puede desarrollar excelentes capacidades, preservando una buena salud mental.

El trabajo investigativo expuesto a continuación se ha desarrollado en tres capítulos.

En el **primer capítulo** aborda el marco teórico, donde se analizan temas relacionados a la salud mental, el consumo de drogas y la adolescencia. Los temas comprenden contenidos de interés para la realización de la investigación como definición de la salud mental, personalidad, estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad, depresión, satisfacción vital, consumo problemático de drogas, consumo problemático de alcohol, causas del consumo de drogas, consecuencias del consumo de drogas, desarrollo biológico del adolescente, desarrollo social del adolescente y desarrollo psicológico del adolescente.

En el **segundo capítulo** se presenta la metodología utilizada en esta investigación, la muestra delimitada, los métodos técnicas e instrumentos de evaluación, el procedimiento mediante el método descriptivo, en una muestra de 37 estudiantes de primero y segundo de bachillerato de un Instituto Particular del centro norte de la ciudad Quito, en el cual se aplicaron las siguientes encuestas: Sociodemográfica, PSS-14, UCLA, personalidad tipo A, AAQ-7, BRS, AUDIT, ASSIST, PHQ-4, LSQ. Para la medición de variables psicosociales relacionadas con: Datos sociodemográficos, estrés, apoyo social, personalidad, inflexibilidad psicológica, resiliencia, consumo de alcohol, consumo de drogas, ansiedad, depresión y satisfacción vital. Permitiendo de esta manera el análisis de la distribución de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y el consumo de sustancias dando paso al cumplimiento de los objetivos propuestos para la investigación.

En el **tercer capítulo** se presenta el análisis de datos de la muestra, la descripción y análisis de los datos obtenidos mediante la presentación de cuadros estadísticos, se abarca también la discusión de resultados obtenidos, comparaciones de puntajes de variables entre género para finalmente concluir el proceso investigativo con la elaboración de conclusiones, recomendaciones y anexos.

Para la realización de esta investigación el único inconveniente que se encontró fue la falta de colaboración de los estudiantes quienes se negaron a realizar el cuestionario, como la falta de comunicación con sus padres que se pudo palpar al no traer el consentimiento informado de padres, a pesar de la insistencia realizada por docentes y directivos de la Institución.

Conclusiones y recomendaciones sugerencias presentadas de la información recogida en la presente investigación , como conclusiones tenemos las variables de riesgo encontradas que podrían afectar a la buena salud mental, la personalidad Tipo A. y el apoyo social, por otro lado, cinco variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo de

sustancias se consideran en la muestra investigada como factores de protección: el estrés, la inflexibilidad psicológica, resiliencia, ansiedad y depresión y finalmente la variable satisfacción vital.

Por lo tanto se recomienda realizar técnicas de manejo y control del estrés y relacionarlas con elementos de la personalidad tipo A, como la ira o la competitividad para realizar un trabajo conjunto de autocontrol, con respecto a la variable apoyo social, se recomienda la realización de talleres de apoyo en las redes social y que involucren las redes de apoyo social, también se recomienda la realización de talleres que abarque la autoestima con los estudiantes.

A pesar de que las variables encargadas del consumo problemático de alcohol y drogas en la muestra investigada no han sido consideradas como variables de riesgo se recomienda la realización de charlas informativas, preventivas y evaluaciones durante cada año.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Salud mental

1.1.1 Definición de salud mental

Según la OMS, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Vega Molina, 2015). Por lo señalado podemos determinar que la salud mental está estrechamente relacionada con el bienestar de los seres humanos, por consiguiente es de radical importancia para todos los organismos que tienen que ver con el desarrollo de los jóvenes, intervenir mediante mecanismos de prevención en los posibles trastornos mentales, su tratamiento y rehabilitación con la finalidad de facilitar el desarrollo de la salud mental de la población en general; la salud mental permitirá a todos los individuos encarar de mejor manera los desafíos de su vida.

Uno de los objetivos máximos que todo organismo asociado a la salud, debería perseguir que las personas con padecimientos de tipo mental, y/o problemas de adicciones tengan derecho a una atención sanitaria oportuna, para así lograr su inclusión social en base a la utilización de la red de servicios de salud dejando a un lado la vieja costumbre del encierro y exclusión.

De esta manera La OMS sostiene que la salud mental va más allá de la ausencia de enfermedades, la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona utiliza todas sus facultades, permitiéndole ser capaz de afrontar al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad, en este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (Organización Mundial de la Salud , 2013).

1.2 Factores asociados a la salud mental

La salud mental en general está determinada por una diversidad de factores de diferente índole entre los más representativos tendremos a los: sociales, psicológicos y biológicos.

Por ejemplo, según Rojas & Goucha (2012) “las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las

comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo" (Pág. 17).

En lo relacionado a la salud mental los factores familiares han sido considerados como factores de protección en el sentido que brindan una integridad estructural y funcional, mismas que nos dan herramientas para enfrentar las crisis, en este sentido Sintes (2008) señala "Nada protege tanto al ser humano de la soledad, la angustia y la inseguridad como el sentirse amado, aceptado y comprendido por sus seres queridos, sobre todo cuando se ve compulsado por la vida a enfrentar dificultades y retos de todo género" (pág. 18). Para Sintes (2008) existen también factores protectores para la salud mental en lo relacionado a los factores socioculturales, que parten de los derechos constitucionales para el desarrollo de los seres humanos como la salud, educación, alimentación, vivienda etc,. Considerados también sustanciales en el desarrollo pleno de la salud mental.

Por otro lado, Sintes (2008) señala también que existen factores de riesgo en lo que relaciona a la salud mental, los que se podrían ubicar en distintos factores. En lo relacionado al ámbito biológico podemos señalar a la desnutrición, la prematuridad, los traumas, las lesiones e infecciones encefálicas, la ingestión de sustancias tóxicas y adictivas, las enfermedades crónicas, las sepsis, las endocrinopatías, los tumores, así como el riesgo hereditario que entraña la presencia de familiares con enfermedades mentales de base genética, como la esquizofrenia y los trastornos afectivos, o los riesgos concepcionales, como es el caso de progenitores consumidores de drogas o alcohol, o portadores de VIH o sífilis (pág. 19) .

En cuanto a los factores de riesgo para la salud mental relacionados con el entorno sociocultural y de la comunidad, Sintes (2008) señala dentro de los mismos al desempleo, pobreza, falta de acceso a la salud y la vivienda y baja escolaridad. Los riesgos familiares incluyen los problemas del divorcio, la ausencia física o emocional de los padres, el maltrato físico, psicológico o sexual del menor, el consumo de sustancias psicotrópicas dentro del ambiente familiar. Esto es similar a lo expuesto por la OMS señalando que la mala salud mental se asocia a los cambios sociales rápidos, estrés, exclusión social, a los modos de vida poco saludables y a los riesgos de violencia (Organización Mundial de la Salud , 2013).

El informe presentado por la OMS respecto a los sistemas de salud mental en nuestro país señalan que el Ecuador tiene limitados logros, que se sintetizan en el desarrollo de

los servicios a nivel de los Hospitales Generales y en varios centros de atención primaria; la capacitación al personal que trabaja en atención primaria; las campañas de educación al público y sobre algunos tópicos de salud mental. Le quedan muchas tareas por cumplir, entre las más urgentes: facilitar el acceso a los psicofármacos a la mayoría de pacientes; involucrar en las acciones de salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad y establecer vínculos formales de colaboración con otros sectores. (Organización Mundial de la Salud , 2008, pág. 8)

Razón por la cual es un deber profesional y social reestructurar las ideas y servicios en torno a la salud mental, permitiendo un enfoque de atención primaria, centrado en la prevención, que incluya a todos los sectores de la sociedad.

1.2.1 Personalidad

Para Allport citado por Tomas (2010) la personalidad es “la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de actuar y de pensar esta adaptación es única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio” (párr.23). De esta manera podeos evidenciar que la personalidad se encuentra constituida por características físicas, psicológicas e influencia del medio. Para Allport las unidades básicas de las cuales es constituida la personalidad son los rasgos, que son únicos en cada persona, es decir no se pueden generalizar. Allport señala también que la personalidad es estructurada en los primeros años de vida y evoluciona a lo largo de la vida.

Para Allport citado por Tomas (2010) las anormalidades en relación a la personalidad surgen como resultado de “situaciones bruscas durante la niñez ya sea por genes o el ambiente que intervengan, si el individuo está incapacitado física, mental o emocionalmente, tiene muchas dificultades para desarrollarse y sobresalir en la vida” (párr. 42).

De acuerdo a Lleidó (2009) la personalidad se estructura de las cualidades que definen a una persona, abarcando no solo la forma de actuar sino todo lo referente a las construcciones mentales de la realidad, y por supuesto de la fantasía; según varios autores muchas de esas cualidades psíquicas son heredadas como el temperamento, y otras son adquiridas como el carácter. El temperamento es innato y no se puede modificar, el carácter en cambio se puede modificar hasta cierto punto.

Según Eysenck (1987) citado por Mori (2002) la personalidad es una “organización más o menos estable y organizada dinámica del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente” (párr.6). La Definición de

personalidad de Eysenck se estructura alrededor de cuatro patrones de conducta: “el cognitivo (Inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (constitución)”. Abarcando entonces un concepto más amplio la personalidad es "la suma total de los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente, se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se originan estos patrones conductuales. " (Saavedra, 2002, pág. 10).

Del análisis realizado a (Rodríguez, 2008), se desprende entre otras cosas que la conducta es lo que se observa y, el temperamento y el carácter es lo subyacente a la conducta debiendo deducirse de la historia y evolución que se da mediante el proceso de socialización. Con lo expuesto se puede decir que en base al temperamento y al carácter se forma la personalidad misma que permite el desarrollo del autoconcepto, que es la imagen del yo-conocido que tiene cada persona, incluyendo valoraciones de todos los parámetros que son relevantes para la persona: desde la apariencia física hasta las habilidades, capacidades sociales, intelectuales etc, el autoconcepto se va formando con la experiencia y las relaciones sociales.

Según el modelo de clasificación de Friedman y Rosenman (1959) citado por Valdiviezo (2010) existen tres tipos de personalidad con características más o menos establecidas.

La personalidad tipo A se caracteriza por los siguientes rasgos de personalidad: hostilidad, tensión, autoritarismo, hiperactivismo, impulsividad, impaciencia con la espera, temor al fracaso, egocentrismo y competitividad. Este tipo de personalidad se asocia con una tendencia al desarrollo de estrés, trastornos cardiovasculares, tabaquismo y trastornos de ansiedad. (Valdiviezo, 2014).

La personalidad tipo B se asume como opuesta a la personalidad tipo A, las características de este tipo incluyen relajación, asertividad, satisfacción, empatía, calidez y seguridad. Este tipo de personalidad se asocia como un factor de protección en lo relacionado al estrés (Valdiviezo, 2014).

La personalidad tipo C se le adjudican los siguientes rasgos de personalidad: inhibición, sumisión, amabilidad, tendencia a reprimir la ira, bloqueo, pasividad, conformismo, complacencia e inseguridad. Este tipo de personalidad se asocia con enfermedades como infecciones, alergias, depresión y cáncer (Valdiviezo, 2014).

1.2.2 El Estrés

Según, Yanes (2008), “el estrés es un conjunto de respuestas automáticas que nuestro cuerpo produce de forma natural ante situaciones que entiende como amenazantes, y ante las cuales la reacción más inmediata es situarnos en un estado de alerta” (pág.32). El estado de alerta en determinadas instancias nos puede permitir superar situaciones que requieran nuestra activación de estrés, el problema se genera cuando el estado de alerta no se da en tiempos cortos considerados normales, sino que lo llevamos por tiempos muy largos durante el día lo que permite que nuestro organismo libere todo un arsenal químico que desequilibra todo el funcionamiento fisiológico de nuestro cuerpo consiguiendo con esto alteraciones de tipo físico, psíquico y bilógico

El estrés hoy en día es uno de los principales problemas de todas las sociedades modernas, pues, al estar estas sometidas a altas presiones, alto rendimiento en tareas propias de sus actividades sean estas de hogar o profesionales, permiten que los individuos manejen mal el control de sus emociones y por ende el estrés aparezca con mayor énfasis, provocando problemas de tipo familiar, enfermedades, bajo rendimiento en sus actividades, accidentes de tipo laboral, problemas psicológicos, etc., la industria y el empleo es uno de los sectores más afectados por este azote moderno.

Según Selye citado por Prada (2014) el concepto de estrés gira en torno a los enfoques fisiológicos y bioquímicos en términos de una **“**respuesta inespecífica de reajuste del organismo a las demandas hechas sobre él” (párr.3). Es decir el estrés se considera una respuesta fisiológica que involucra la actividad del sistema nervioso simpático y que se pone en partida ante la presencia de ciertos agentes que actúan como estresores y generan una activación. Estas activaciones rompen el equilibrio interno y el estrés se considera perjudicial, ocasionando daños psicológicos y fisiológicos que alteran la salud.

La teoría de Seyle es similar a la expuesta por Peiró (1993) quien señala que las actuales concepciones del estrés resaltan la percepción de los estresores como factor clave en el desencadenamiento del proceso. La valoración que hace el individuo del estresor dependerá de variables personales, de su estilo de afrontamiento, de los resultados y consecuencias que la situación tiene para el individuo. Peiró sostiene también que los efectos, sintomatología y consecuencias del estrés son diferentes según los distintos sujetos. El estudio de las características individuales tiene su importancia por el hecho de que éstas determinarán en mayor o menor grado la vulnerabilidad de los estresores y repercutirán al mismo tiempo en la calidad de vida y en las consecuencias para la salud.

La Asociación Americana de Psicología divide al estrés en las siguientes categorías:

El estrés agudo es la forma de estrés más frecuente que existe según la APA, “surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano” (Asociación Amerciana de Psicología, 2015, párr.1). El estrés agudo en dosis razonables no es peligroso pero cuando sobre pasa estos límites resultan agotadores, en exceso puede ocasionar dolores de cabeza, malestar estomacal y otros síntomas. El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.

El estrés agudo episódico se caracteriza por un estrés agudo con frecuencia, lo que puede generar irritabilidad, ansiedad y tensión. La personalidad "Tipo A" se relaciona con este tipo de padecimientos, debido a las características relacionadas con el "impulso de competencia excesivo, agresividad, impaciencia y un sentido agobiador de la urgencia" (Asociación Amerciana de Psicología, 2015, párr.7). El estrés agudo episódico se relaciona también con una preocupación incesante. Los síntomas del estrés agudo episódico son dolores de cabeza, migrañas, hipertensión y enfermedad cardíaca. Tratar el estrés agudo episódico requiere la intervención de ayuda profesional.

El estrés crónico es

> El estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta (Asociación Amerciana de Psicología,2015,párr.12).

El estrés crónico se relaciona también con la depresión y el conformismo, así como con graves afecciones como el suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer.

1.2.3 Apoyo social

Es bien sabido que la pobreza, el desempleo, el tipo de ocupación, la edad, la clase social y otras características sociales se asocian, separada o interactivamente, con las condiciones de salud física y mental de los individuos. En este sentido el apoyo social se considera como una herramienta de carácter psicológico indispensable en el desarrollo saludable de los individuos. Los trabajos de Cassel & Cobb (2008) señalan que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés.

El Apoyo social según Tardy (2001) es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, es así como se sugieren las distinciones como dimensiones de dirección, disposición, forma de medición, contenido y red social donde se encuentra Por otra parte, Campero & Hernandez (1997) ha sugerido que la definición y operacionalización del concepto de apoyo social debe contemplar tres grandes dimensiones:

a) *Grado de integración social*: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría.

b) *Apoyo social percibido*: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente.

c) *Apoyo social provisto*: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado. (Campero & Hernandez, 1997, pág. 430)

De esta manera se proponen dos modelos que explican la relación entre apoyo social y salud mental. El modelo del *efecto directo*, que postula que “el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo” (Campero & Hernandez, 1997, pág. 431). Por otra lado, el modelo del *efecto amortiguador* postula que el apoyo social “protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes” (Campero & Hernandez, 1997, pág. 431) .

1.2.4 Inflexibilidad psicológica

Según Boulanger, Hayes & Pistorello (2010) El trastorno de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica surge debido a que no hay una disposición, o existe un bloqueo frente a las experiencias personales y privadas que se consideran aversivas, en este sentido la inflexibilidad psicológica altera la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal.

Para Ramos (2014) la inflexibilidad psicológica se relaciona con una resistencia al cambio, incluso si cambiar resulta favorecedor. De esta manera la falta de flexibilidad se ve relacionada con trastornos de la personalidad, como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de personalidad narcisista. Es entonces la inflexibilidad psicológica la incapacidad

de cambiar “rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento para adaptarse a situaciones cambiantes” (Ramos, 2014).

Según Maero (S, F.) la inflexibilidad psicológica es generada cuando se evitan los eventos privados dolorosos como recurso de defensa, al visualizarlos como fuentes de amenaza. Transformando así la inflexibilidad como escape de estos eventos privados desagradables y las situaciones que pudieran originarlos. En este sentido se genera una paradoja señalada por Forsyth, Eifert & Barrios citados por Maero (S, F.) donde los intentos de suprimir y controlar los pensamientos y sentimientos no deseados provocan más pensamientos y sentimientos no deseados. De esta manera el riesgo considerable relacionado con la inflexibilidad psicológica es la desconexión con el desarrollo pleno en el presente, debido a a que el foco de atención en el pasado o en un futuro imaginado, limitando a la conducta. (Maero, S,F.).

Según Fernández & Díaz (2001) los trastornos de la personalidad se relacionan con rasgos inflexibles y desadaptados que generan malestar subjetivo y deterioro en el funcionamiento. “Este deterioro supone dificultades en la regulación de los afectos, relaciones con los otros, consecución de metas y manejo del estrés modelo transaccional del estrés” (Fernández & Díaz, 2001, pág. 129). Estableciendo así un nexo entre el estilo de afrontamiento inflexible y los trastornos de la personalidad, como afecciones de la salud mental, así como también del manejo adecuado del estrés. Es así como podemos concluir finalmente que la inflexibilidad psicológica tiene un efecto negativo en la salud mental.

1.2.5 Compromiso vital

Según Morán (2012) El compromiso vital tiene carácter multidimensional compuesto por elementos subjetivos y objetivos, dentro de los subjetivos se encuentra los conceptos cognitivos y afectivos de percepción de apoyo. Los componentes objetivos hacen referencia a la disponibilidad real de personas dentro del área de apoyo social en el entorno macrosocial y microsocial. Entonces podría decirse que la satisfacción y percepción del apoyo social es un factor que no se va a encontrar de la misma manera siempre dentro de la vida de un individuo, sino que irá transformándose y evolucionando a lo largo de la vida de los individuos. (Morán, 2012).

El punto en el que se menciona que la satisfacción con los demás se debe al mayor contacto social que tenga una persona en mi opinión puede estar un poco equivocado, ya que hay mucha gente que tiene mucho contacto social sin embargo se vuelve víctima de su entorno y termina siendo consumido a pesar de no agradarle la manera en que su entorno se maneje, por lo que la noción de apoyo o relaciones significativas dentro del concepto de satisfacción social me parece crucial.

Se define a la satisfacción como una transición entre la personalidad del individuo y el entorno macro social y micro social, (Rodríguez, 2008), analizando aquel concepto la transición sería algo que está en constante cambio o pasajero, entonces podría decirse que la satisfacción en cuanto a esta definición es un factor que no se va a encontrar de la misma manera siempre dentro de la vida de un individuo, por lo tanto el bienestar también va a tener factores variables para lograrlo.

1.2.6 Resiliencia

Para Vacchelli La resiliencia debe ser entendida como un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo y sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas (2010).

Para Hernández la resiliencia se considera como resultado de mecanismos de adaptación para enfrentar adversidades. Así un ejemplo de la misma podría ser como ciertas personas pueden desarrollar habilidades para sobreponerse de traumas generados durante la infancia.

“Algunos niños expuestos a este tipo de experiencias no desarrollan problemas psicopatológicos posteriores debido a que pasan por un proceso exitoso de adaptación o bien porque tienen la capacidad para recuperarse” (Hernández, 2013, pág. 76) .

De esta manera la resiliencia nos permite la interacción adecuada con nuestros procesos intrapsiquicos y con el entorno para dar respuestas adaptativas a situaciones adversas y estresantes sin perder las condiciones de salud.

Para Arana (2007) la resiliencia no es innata, ni tampoco se adquiere, sino que se va desarrollando de acuerdo a las necesidades de los individuos en función de sus vivencias y el entorno sociocultural donde se desarrolle. “En este sentido, el contexto cultural juega un papel fundamental en cómo cada persona percibe y lidia con la adversidad y las experiencias estresantes con que la vida la confronta” (Arana, 2007, párr.12). En este

sentido se sugiere que cada individuo desarrolla sus propias estrategias de resiliencia en torno a su situación vital.

Según el neuropsiquiatra Boris Cyrulnik citado por Arana (2007) existen dos factores que propician la resiliencia en las personas:

> Si la persona en su infancia temprana pudo tramar un principio de personalidad, a través de un apego seguro, el cual se forja en la relación con el otro (cuidador), mediante una interacción e intercambio que teje la resiliencia desde la comunicación intrauterina, pasando por la conexión con el cuidador, especialmente la madre, que provee seguridad afectiva en los primeros años de vida. Este tipo de interacción se convierte en un mecanismo de protección. Si luego del "estropicio" (experiencia traumática), se organiza alrededor de la persona, una red de "tutores del desarrollo", vale decir, la posibilidad de agarrarse o sostenerse de alguien o algo. Este algo o alguien del cual asirse se convierte en un tutor de la resiliencia, que promueve o provoca el desarrollo psicológico sano y funcional después del trauma. Este cuidador actúa como el medio para que el niño desarrolle un sentido de vida e identidad. (Arana, 2007, párr.27).

1.2.7 Ansiedad y Depresión

Para Azor (2015) la ansiedad es "una de las respuestas que da nuestro organismo y nuestra mente ante diferentes situaciones cotidianas. Podríamos decir que la ansiedad es la respuesta lógica y necesaria para enfrentarnos a los acontecimientos diarios" (Azor,2015, párr.7). En este sentido se señala que como respuesta fisiológica moderada al ansiedad en dosis bajas no genera daños significativos en los organismos, sin embargo la ansiedad se convierte en perjudicial cuando los síntomas ansiosos interfieren con el desarrollo normal de nuestra vida diaria.

> Por tanto la ansiedad se asocia con la mayoría de los siguientes síntomas: aceleración cardiaca, aumento de la tensión muscular, bloqueo de la digestión, aumento de la tensión de las paredes del intestino, aumento de la sudoración, disminución de la salivación, aumento de la frecuencia respiratoria, presión en el pecho, sensación de inestabilidad, sensación de irrealidad, miedo a perder el control e incluso a volverse loco. (Azor, 2015, párr. 32).

Para la OMS 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" (Organización Mundial de la salud, 2015, párr.1). La depresión si llega a ser crónica puede ser un limitante importante en el desarrollo de los individuos ya que limita e desempeño en áreas importantes como lo social, laboral y afectivo.

Para Ariza, et. ál tomando como referencia el manual diagnóstico de la OMS CIE-10 la depresión es es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. (Ariza, et.ál. 2010)

Para Azor P. (2015) también es importante poder diferenciar entre síntomas de ansiedad y de depresión, por un lado la ansiedad tiene que ver con la intranquilidad, nerviosismo y preocupación, la depresión se relaciona con la impotencia y la tristeza, decaimiento y poca motivación. La ansiedad puede llevar a la ansiedad y viceversa, pero esto no siempre ocurre ya que los síntomas ansiosos y depresivos también pueden aparecer por sí mismos.

1.2.8 Satisfacción vital

El concepto de satisfacción vita está vinculado con la calidad de vida y con el bienestar personal. La satisfacción vital es la evaluación que los individuos realizan de su vida, esta evaluación se relaciona con el bienestar e incluye las expectativas de futuras del proyecto vital (Moyano & Ramos, 2007).

Para Ardilla (2003) citado por Moyano & Ramos (2007) la satisfacción vital es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y salud objetivamente percibida. (Moyano & Ramos, 2007, párr. 7).

Por otro lado Castro & Díaz señalan que para explicar la satisfacción vital no bastan las variables sociodemográficas, sino que es necesario tomar en cuenta las variables de personalidad relacionadas con este concepto, tomando una relevancia importante los objetivos vitales (2002). En ese sentido se señala que "la consideración de los objetivos vitales pretende entender cómo las personas negocian las tareas que tienen que hacer a

diario dentro del contexto de la interacción social, explicando la conducta efectiva como una integración de motivación, cognición y emoción" (Castro & Díaz, 2002, pág. 112).

Así, Moyano & Ramos (2007) señalan también la importancia de la consideración de las expectativas de futuro dentro de la construcción de la satisfacción vital, donde "la satisfacción es la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros" (párr.12). Otros elementos importantes a tener a consideración en lo relacionado a la satisfacción vital son la autopercepción de la salud, disponibilidad de servicios de desarrollo como educación y trabajo.

De esta manera podemos ultimar que en torno a la satisfacción vital intervienen factores tanto personales como del entorno, dentro de los factores personales, la satisfacción vital se ha relacionado con la autoestima, bienestar psicológico, percepción de la calidad de vida, competencia y las expectativas de control. En lo referente a los factores sociales la satisfacción social ha sido vinculada con la satisfacción interpersonal y la percepción de valoración social (Moyano & Ramos, 2007).

2. Consumo de drogas

Para Becoña (2000) el consumo de drogas es un fenómeno social que debe ser considerado con la relevancia del caso por cada individuo que constituye la sociedad, dentro de este tema es muy importante considerar a la etapa de la adolescencia como especial debido a que "la prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana son altas" (Becoña,2000, párr.1). Lo que genera la situación de que de una manera u otra nuestros jóvenes tienen que enfrentarse a la droga en algún momento de sus vidas, para

Becoña factores como el proceso de socialización, con la familia, amigos, escuela y medios de comunicación son de importancia fundamental a la hora de enfrentarse con las drogas. Por lo cual el rol de los psicólogos es esencial para ayudar a determinar los factores relacionados con esta problemática para futuros ejercicios eficaces de prevención y tratamiento.

Cifras expresadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU) señalan que alrededor del mundo existen 187.100 muertes anuales por el consumo de sustancias. De igual manera se señala que la droga más consumida a nivel mundial es la marihuana con 182 millones de personas consumiéndola mundialmente, seguida por anfetaminas y éxtasis, derivados del opio y cocaína. (Organización de Naciones Unidas, 2014).

2.1 Consumo problemático de drogas

Datos de la Organización Mundial de la salud señalan que el consumo problemático de drogas, a nivel mundial, entendido el consumo problemático como el consumo frecuente de personas con síndrome de dependencia, abarca a nivel mundial entre los 16 y los 39 millones de personas (Organización Mundial de la salud , 2015). Sobre el consumo problemático de sustancias la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014) señala también que “solo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo ha tenido acceso a tratamiento de la drogodependencia cada año” (pág. 3) se señala también que las drogas derivadas del opio son la principal droga que genera un consumo problemático

Según Muñoz (2011) las principales señales para determinar el abuso de sustancias se relacionan con señales físicas (fatiga, ojos enrojecidos, tos), señales emocionales (, baja autoestima, depresión, y apatía) y señales conductuales (Irresponsabilidad académica y laboral, violencia, problemas de disciplina).

El consumo continuado de drogas puede generar tolerancia, abstinencia y síndrome de abstinencia.

> La tolerancia se produce cuando una persona consume una droga de una forma continuada y su organismo se habitúa a ella. Como consecuencia, se desarrolla un proceso psicológico y físico que hace necesario aumentar la dosis de forma progresiva para conseguir los mismos resultados o efectos. También hablamos de tolerancia como la cualidad de una sustancia de que con el uso continuado y con la misma dosis, produce un efecto cada vez menor. (Instituto de adcciones de Madrid, 2006, pág. 56)

Por otro lado, el consumo de drogas puede generar dependencia física y psicológica. “La dependencia física es el estado de adaptación del organismo que necesita un cierto nivel de presencia del fármaco o sustancia para funcionar normalmente” (Instituto de adcciones de Madrid, 2006, pág. 57). Por otro lado la dependencia psicológica es “el estado de adaptación que impulsa a la persona a consumir una nueva dosis para experimentar los efectos del placer y/o evitar el malestar derivado de la privación” (Instituto de adcciones de Madrid, 2006, pág. 57).

Según la APA el síndrome de abstinencia es “el conjunto de síntomas y malestar físico y psíquico que aparecen cuando se interrumpe o disminuye de forma importante la administración de una sustancia psicoactiva a la que la persona había desarrollado una dependencia” (Asociación Amerciana de Psicología , 2008, párr.8).

A continuación se realiza una descripción de las drogas más utilizadas a nivel mundial, así como de sus efectos en el cuerpo humano y composición.

La cocaína

"La cocaína es una droga derivada de la planta de la coca y generalmente tiene la apariencia de un polvo blanco" (National Institute on Drug Abuse, 2006, párr1). La cocaína es una droga que generalmente se inhala por las fosas nasales, sin embargo también puede ser inyectada, una forma refinada y potente de la cocaína se conoce como crack utilizado en forma de cristales que se fuman, el crack es altamente adictivo. Los síntomas de la cocaína incluyen: ansiedad intensa, irritabilidad o depresión, reducción de los vasos sanguíneos. El abuso de esta droga puede generar dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia, al reducir los vasos sanguíneos el corazón trabaja y late más fuerte lo que puede causar espasmos musculares, dolor de pecho y ataques de corazón o derrames cerebrales (National Institute on Drug Abuse, 2006).

La marihuana

La marihuana es una droga alucinógena suave, altera la percepción, proviene de la planta Cannabis Sativa, el principal componente activo es el THC en general, la marihuana produce una sensación de relajación general, una ligera euforia, y distorsiona el sentido del tiempo. (Muñoz A. , 2015). Según Muñoz los efectos del consumo de marihuana a largo tiempo incluyen "problemas para pensar y solucionar problemas, distorsiona las percepciones y afecta la memoria y la capacidad de aprendizaje" (Muñoz A. , 2015, párr4).

La Heroína

La heroína es una droga hondamente adictiva, es una sustancia derivada del opio (amapola) y es el opiáceo de acción más rápida.

> Los efectos iniciales de la heroína incluyen una oleada de sensaciones: una "euforia". A esto normalmente le acompaña un sentimiento de calor en la piel y la boca seca, algunas veces, la reacción inicial puede incluir vómito o picor fuerte. Después de que estos efectos iniciales se desvanecen, el consumidor sufre mareos durante algunas horas, las funciones básicas del cuerpo tales como la respiración y el ritmo cardíaco se vuelven más lentos. (National Institute on Drug Abuse, 2006, pág. 2).

El consumo de heroína es muy nocivo para la salud física y psicológica, por sus características adictivas y altamente destructivas, además al ser una droga de consumo intravenoso las inyecciones pueden ser causa de infección y transmisión de enfermedades como el VIH Sida (National Institute on Drug Abuse, 2006, pág. 2). Con respecto a este peligro la OMS señala “el hecho de compartir equipos de inyección expone especialmente a quienes se inyectan drogas al VIH y la hepatitis C. Se calcula que una media del 13,1% de esas personas viven con el VIH” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014, pág. 4). Además de lo antes expuesto otros efectos causados por el consumo de esta droga son: deterioro físico y de los huesos, debilitamiento del sistema inmunológico, enfermedades respiratorias, enfermedades respiratorias, pérdida de memoria y de capacidad mental y depresión (National Institute on Drug Abuse, 2006).

Éxtasis.

Según Gavin (2014) El Éxtasis es una droga estimulante que puede provocar alucinaciones y euforia, estimulando el sistema nervioso central, los efectos de la droga suelen durar hasta 6 horas, sus principales síntomas incluyen lo siguiente:

> El Éxtasis incrementa la velocidad del latido del corazón (o frecuencia cardíaca) y puede provocar sequedad de boca, mandíbula apretada, visión borrosa, escalofríos, sudores o náuseas, esta droga puede hacer que algunos de sus usuarios sientan ansiedad o paranoia (pensar que los demás les quieren hacer daño o que la gente se ha confabulado contra ellos), puede ocasionar daños directos en las células cerebrales que participan en el pensamiento y en la memoria (párr.8).

El consumo prologado de esta droga puede también provocar daño del tejido muscular, lesiones renales, hepáticas y cardíacas, también puede provocar convulsiones, inflamación cerebral y daños cerebrales permanentes (Gavin, 2014).

El tabaco

El tabaco también es un estimulante del cerebro, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos de América (2006) señala que “hay más de 7,000 sustancias químicas en el humo de los productos de tabaco. De éstas, la nicotina, descubierta a principios del siglo XIX, es el principal componente adictivo del tabaco” (párr.1). La manera más común de consumir tabaco es fumando cigarrillos.

> cuando se fuma el tabaco, la nicotina llega rápidamente a sus niveles máximos en el torrente sanguíneo y penetra en el cerebro, Inmediatamente después de haber sido expuesta a la nicotina, la persona recibe un estímulo causado en parte por la acción de la droga sobre las glándulas suprarrenales que resulta en una descarga de adrenalina (National Institute on Drug Abuse, 2006, párr.3).

Según la American Cancer Society (2014)

> el fumar cigarrillos aumenta el riesgo de padecer enfermedades del pulmón como enfisema o bronquitis crónica. Además, los fumadores de cigarrillos tienen un riesgo doble de morir de ataques al corazón que los no fumadores. Aunque no se asocie tan fuertemente como con fumar cigarrillos, fumar cigarros (especialmente para las personas que inhalan) también aumenta el riesgo de enfermedades cardiacas y del pulmón como enfisema o bronquitis crónica (párr.1).

2.2 Consumo problemático de alcohol

Según Gárate,et. Ál (2011) el alcohol es una droga que actúa como depresor del sistema nervioso central, deprimiendo el cerebro, el consumo de alcohol ha sido un ritual presente desde la antigüedad en casi todas las culturas, se ha relacionado con rituales y ceremonias, por lo que en la actualidad consumo moderado se puede pensar como normal. Sin embargo, el consumo continuo y excesivo puede generar efectos negativos para la salud, especialmente para el sistema nervioso y hepático.

Cuando una persona bebe una cantidad excesiva de alcohol, Por lo tanto, el abuso del alcohol lleva a problemas de alcoholismo y consecuencias graves sobre la salud como el “padecimiento de miocardiopatías, psicosis, hepatitis, cirrosis, pancreatitis, neuropatía y demencia” (Gárate, et, ál. 2011,pág.1). De igual manera Gárate, et, ál. (2011) señalan que

> los efectos agudos del alcohol sobre el sistema nervioso son en su conjunto, el deterioro de la función mental y motora del cuerpo. Los efectos sobre un alcohólico crónico serian una vida más corta, sin dejar de lado el síndrome de abstinencia. Durante los últimos veinte años se ha escrito mucho sobre los problemas que acarrea el alcohol, ya sea de naturaleza técnica o científica; pero, uno de los problemas actuales que afecta a nuestra sociedad es el alcoholismo entre adolescentes, y desgraciadamente se cuenta con muy

> poca información respecto a ese tema, un problema social que nos involucra a todos los estudiantes universitarios (Gárate, et, ál. 2011,pág.2).

En este sentido la OMS señala también que alcoholismo es crónico, prolongándose a lo largo del tiempo, derivando en problemas conductuales, de salud, psicológicos y sociales, por lo que el consumo de alcohol es un problema de carácter social que afecta a todos sus miembros sin importar el nivel socioeconómico. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001).

De igual manera para la OMS hay varias formas de consumo excesivo de alcohol que causan un riesgo para los individuos:

> el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001, pág. 5).

Según La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2014) en la etapa adolescente es muy frecuente la experimentación con alcohol y drogas, sin embargo uno de los problemas más frecuentes es que los adolescentes no son capaces de analizar la relación entre su accionar y las futuras consecuencias. De igual manera se señala que el uso de alcohol y tabaco pueden ser factores de riesgo al desencadenar en el uso de otras sustancias psicotrópicas generando dependencias con drogas más riesgosas para la salud.

2.3 Causas del consumo de drogas

Según La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2014) la etapa a adolescente es una etapa de riesgo para el consumo de drogas, debido a la poca madurez y posibles daños neuronales que podrían generarse, así como la propensión a desarrollar rápidamente adicciones sin medir los riesgos. Las razones más frecuentes de la experimentación con las drogas en esta etapa de la vida, incluyen: “curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo”

(American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2014,parr.2). Los factores de riesgo para el consumo de drogas incluyen un historial familiar de abuso de substancias, depresión, baja autoestima y carencia de apoyo social.

En lo relacionado a los factores de riesgo del consumo de drogas Florenzano (2012) señala que conductas problemáticas tales como delincuencia, conducta sexual temprana, o deserción escolar podrían ocasionar un consumo problemático de sustancias, sin embargo hay factores personales, biológicos, sociales y familiares que interactúan en el desarrollo de las adicciones. En este sentido los factores de riesgo relacionados con la personalidad serían "inseguridad, timidez, impulsividad, dificultades en la interacción social o baja tolerancia a la frustración" (Florezano, 2012, pág. 14). Por otro lado también existen riesgos genéticos de antecedentes de consumo de sustancias y factores biográficos como situaciones traumáticas en la infancia.

Para Florezano (2014) los contextos sociales y culturales también podrían ejercer como factores de riesgo, como por ejemplo presiones del grupo de amigos para consumir drogas, problemas de desintegración familiar e incomunicación en las relaciones familiares, las características de personalidad de los padres que configuran estilos parentales muy permisivos o muy autoritario, las características de la comunidad y el colegio, así como a las leyes respecto del tráfico y consumo y la disponibilidad de alcohol o drogas en el barrio o comunidad (pág. 15)

Los factores de riesgo en un nivel macro social incluyen a las influencias socioeconómicas, políticas y legales, que incluyen la publicidad, actitudes y creencias que se enseñan, patrones culturales y la disponibilidad de drogas y alcohol (Florezano, 2012).

Para la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2014) otras causas importantes a considerar en el consumo de sustancias psicotrópicas por los adolescentes se relacionan con el uso de dogas como un símbolo de su independencia y un rechazo a la autoridad, para ser aceptado por un grupo social determinado, porque no puede decir que no y un sistema de valores poco claro.

Sobre las causas del consumo problemático de sustancias la Organización Mundial de la Salud sostiene que hay factores que desempeñan un papel importante como los factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos. (Organizacion Mundial de la Salud, 2004)

Basándose en los estudios recientes de la neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, la OMS sostiene que "la dependencia de sustancias tiene tanto de

trastorno cerebral como cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico" (Organizacion Mundial de la Salud, 2004, párr. 2). En este sentido se señala

> Según el informe, la dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales. Se sabe desde hace tiempo que el cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos (neurotransmisores) (Organizacion Mundial de la Salud, 2004, párr. 3).

2.4 Consecuencias del consumo de las drogas

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante para todas las sociedades, para realizar una evaluación de los riesgos es muy importante considerar los factores personales y las propiedades específicas de la droga y sus posibles efectos destructivos sobre el organismo (Dutti, 2011).

El consumo problemático de drogas se relaciona con ciertas circunstancias negativas especialmente para la etapa adolescente, como el aumento en el riesgo de usar serio de drogas más tarde en la vida, generar una dependencia hacia las sustancias, el fracaso escolar, riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y el suicidio. (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2014).

La Acción Europea contra las Drogas (EAD) señala que el consumo de drogas se transforma en nocivo cuando afecta el desarrollo individual y el entorno de los individuos, "las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo" (Acción Europea sobre la Droga, 2015).

El consumo problemático de drogas según la Acción Europea sobre la Droga (2015) de origina o interviene en la aparición de problemas tanto físicos como psicológicos ubicándose en estas áreas:

> Salud psíquica: Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimos negativos e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa. Salud Física: La adicción 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. Social: Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc. (Acción Europea sobre la Droga, 2015, párr. 9).

Son por estos motivos que es importante como futuros psicólogos y como sociedad en general construir herramientas teóricas y de investigación para poder realizar intervenciones eficaces contra este mal que aqueja especialmente a la juventud y, sobre todo mejorar el trabajo en el área preventiva.

El instituto de neurociencias de la ciudad de Guayaquil agrupa las consecuencias del consumo de sustancias en varios niveles, asi en el nivel legal las consecuencias del consumo de drogas consideradas ilegales para los sujetos serían “pagar multas y/o ser encarcelados, un arresto, interrupción de los planes de vida, antecedentes penales. Ciertas drogas pueden desencadenar una violencia incontrolable y conducir al usuario a crímenes que son severamente punibles por la ley” (Sagñay, 2015,párr.9). De igual manera la relacion con la familia se encuentra muy afectada por el consumo de sustancias donde se generan discusiones, desinterés, falta de comunicación, etc. Por otro lado el consumo de drogas también genera problemas académicos y aborales, de conducta y en la comunidad.

Es importante también señalar que a nivel social el consumo de drogas produce efectos sobre la estructura y organización de la misma, como los aumento de las demandas en los servicios de salud, incremento de la inseguridad ciudadana por delitos contra la propiedad, presencia del crimen organizado a través de las redes de narcotraficantes (Sagñay, 2015).

3 ADOLESCENTES

3.1 Desarrollo biológico

Según Martínez & Pérez “La adolescencia es la etapa del crecimiento en la que se realizan los mayores cambios biológicos. A partir de los 11 años, el crecimiento fisico sufre una notable aceleración, hasta el punto de que entre los 11 y los 16 años se crece más que en años anteriores y posteriores” (Martínez & Pérez, S,F. párr.8). Los cambios físicos se dan en el esqueleto, la musculatura y los órganos internos, estos cambios igualmente se manifiestan en una serie de indicadores como “cambios de voz, la aparición de los segundos molares, el desarrollo de los órganos sexuales - primera menstruación/eyaculación, desarrollo pelviano-mamario, aparición de vello púbico y axilar” (Martínez & Pérez, S,F. párr.10).

Para Rivero & Gonzáles (2005) la adolescencia es “un período de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora” (pág. 20). Aunque el crecimiento y maduración se da de manera continua la adolescencia se divide en tres etapas temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), durante las cuales el ser humano alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y establece su propia identidad. Aunque este período puede ser tormentoso, la mayoría de los adolescentes y sus padres lo superan sin excesivas estridencias (Rivero & González, 2005, pág. 22).

Los cambios biológicos producidos en la adolescencia ocurren debido a la interacción del sistema nervioso central, especialmente el hipotálamo y la hipófisis, así como los órganos sexuales (gónadas).

Para la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2014) el cerebro continúa desarrollándose durante la niñez, la adolescencia y hasta principios de la edad adulta. Durante la etapa a adolescente dos áreas cerebrales tienen un desarrollo relevante, la amígdala, responsable de las reacciones instintivas que incluyen el temor y el comportamiento agresivo. La otra región cerebral importante en la adolescencia es la corteza frontal, relacionada con el razonamiento, esta región cerebral se desarrolla al final de la etapa adolescente.

La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2014) señala tambien que otros cambios específicos en el cerebro durante la adolescencia incluyen un rápido aumento en las conexiones entre las células del cerebro y el podar (refinamiento) de las vías del cerebro. Las células nerviosas desarrollan mielina, una capa insuladora que ayuda a las células a comunicarse. Todos estos cambios son esenciales para el desarrollo coordinado de pensamiento, acción y comportamiento. (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2014, párr. 4).

En este sentido es importante señalar que los cerebros adolescentes funcionan distinto que los cerebros adultos, al momento de tomar decisiones y en la resolución de problemas, en los cerebros adolescentes “sus acciones son guiadas más por la amígdala y menos por la corteza frontal” (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2014, párr. 4). Tendiendo a Actuar impulsivamente, malinterpretar las señales sociales y emocionales, tender a la agresividad y comportamiento peligroso y arriesgado. De igual manera esto señala por qué los adolescentes tienden a no pensar antes de actuar, ni evalúan las consecuencias de sus actos. Estas diferencias en el cerebro de los adolescentes quizás sirvan como una pauta para entender mejor su conducta y brindarles herramientas a sus

acompañantes tanto en el ámbito familiar, educativo y social para entender, anticipar y manejar el comportamiento de los adolescentes.

La adolescencia temprana (11-13 años)

En este periodo el crecimiento anatómico es rápido, se da una aparición de los caracteres sexuales secundarios, como el vello púbico y axilar, la aparición de la primera menstruación y eyaculación, así como acumulación de grasa y crecimiento esquelético y muscular. (Rivero & González, 2005).

La adolescencia media (14-17 años)

En esta etapa el crecimiento y la maduración han llegado casi hasta el punto final del desarrollo biológico, en esta etapa se completa aproximadamente el 95% de la talla adulta y los cambios empiezan a producirse más lentamente y con menos brusquedad.

En la etapa de la **adolescencia tardía (17-21 años)** el crecimiento biológico y sexual ha terminado y se puede hablar de una madurez física y sexual.

3.2 Desarrollo social

Según Krauskopf (2011) tanto el desarrollo biológico como las construcciones psicológicas y sociales en la etapa adolescente se dan de manera simultánea y con influencia mutua, la meta psicológica y social de la adolescencia es la construcción de la individuación y de la autonomía, esta puede generar ciertos conflictos importantes para las figuras parentales y para el adolescente.

En la construcción social del adolescente la familia deja de ser el espacio privilegiado de socialización, la sexualidad adolescente empieza a experimentarse y vivirse fuera del hogar y nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía. (Krauskopf, 2011).

Según Graterol (2008) a medida que el grupo de pares empieza a tener más relevancia la estructura social que subyace a los adolescentes cambia. Las nuevas pertenencias de apoyo social que se van generando tienen varias funciones como el aprendizaje de las relaciones con los pares, control de conducta social, compartir sentimientos y problemas comunes.

Para Silva (2010) un equilibrio entre las relaciones sociales con pares en la adolescencia representa un desarrollo psicológico y social adecuado,éstas relaciones sociales desempeñan un importante papel en el desarrollo social adolescente.

Para Martin-Baró, (1989) citados por Krauskopf (2011) las relaciones intrageneracionales con padres u otros miembros del grupo social de los adolescentes permiten una reafirmación de identidad y refuerzan los procesos de independización, diferenciación. “La identidad grupal condiciona y trasciende la identidad de cada uno de los miembros y brinda un espacio diferenciador de la familia. El poder de un grupo es uno de los elementos constitutivos de esa identidad.” (Krauskopf, 2011, pág. 16).

En torno al desarrollo social del adolescente Krauskopf (2011) tomando como referencia las nociones de derechos planteados por la UNICEF (2001) plantea los vínculos afectivos-sociales en la adolescencia, en este sentido señala:

> Corresponde el fomento de oportunidades para desarrollar y orientar capacidades productivas y reproductivas, impulsar los medios propicios y seguros para contribuir y participar en la familia, escuela, comunidad y sociedad, tomando en cuenta sus opiniones y considerándolo un sujeto activo y creativo (Krauskopf, 2011, pág. 17).

Los grupos o redes sociales en la adolescencia se van estructurando por afinidad para la satisfacción de sus necesidades y de aceptación de sus expresiones naturales. Sin embrago a medida que el desarrollo avanza, en la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se privilegian (Krauskopf, 2011). De manera final podemos concluir que en el marco del desarrollo social del adolescente se espera una introducción en el mundo social con la finalidad de construir autonomía del núcleo familiar y se pueda asumir independencia que dirija hacia el desarrollo de sus potencialidades.

3.3 Desarrollo psicológico

Según Krauskopof (2011) las nociones psicológicas en la adolescencia se dan en torno a la afirmación personal, social y de sentido del ser, esta etapa se caracteriza también por la búsqueda de canalización de los impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares.

Según la teoría expuesta por Piaget citado por Luna (2012) las características de la etapa adolescente serían relacionadas con una madurez cerebral y a su vez con una evolución del

desarrollo Características de cada etapa según Piaget cognoscitivo que se relaciona con el cambio hacia el estadio de las operaciones formales dando paso al desarrollo del pensamiento abstracto, sin embargo aún existen inconsistencias entre el pensamiento y la conducta. (Luna, 2012).El pensamiento formal permite la planificación y la formulación de hipótesis y alcanzar el razonamiento hipotético-deductivo.

En lo que respecta al desarrollo cognitivo al igual que Piaget Krauskopof (2011) sostiene:

> El desarrollo intelectual durante la adolescencia trae nuevos recursos para la diferenciación identitaria y para el replanteamiento de las relaciones con el mundo. Es parte del empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma. La simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos (Krauskopf, 2011, pág. 15).

Según Pedreira & Martín los cambios psíquicos más relevantes en la adolescencia se refieren al ideal del yo, que construye sobre subjetividades que posibilitan la ilusión y la fantasía. Otra característica importante es que en esta etapa de la vida pueden resurgir conflictos de la infancia que no han sido superados y esto puede desencadenar en enfrentamientos con las figuras parentales. Como ha sido señalado anteriormente la identidad sexual y el deseo sexual cumplen un papel determinante en esta etapa. La identidad personal es considerada como la base de la subjetividad y los procesos de identificación empieza a darse con pares o con ideas, adoptando estereotipos como la forma de vestir, de hablar, etc. La etapa adolescente también se encuentra marcada por la expresión del narcisismo que genera una cierta intolerancia a otras opiniones y al aislamiento (2000).

Adolescencia temprana (11-13 años)

El desarrollo se centra en lo físico y lo emocional, se da una reestructuración del esquema e imagen corporal debido a los emergentes cambios sexuales físicos y fisiológicos, este periodo también se caracteriza por fluctuaciones del ánimo y relaciones grupales con el mismo sexo. (Krauskopf, 2011).

Adolescencia media (14 - 16 AÑOS)

El desarrollo se centra en la preocupación por la afirmación personal social donde se da una diferenciación del grupo familiar, afirmación del atractivo sexual y social, exploración de capacidades personales y búsqueda de autonomía (Krauskopf, 2011).

Adolescencia final (17 - 19 AÑOS)

El desarrollo se centra en la búsqueda de afirmación del proyecto personal-social, donde se genera una reestructuración de las relaciones familiares y de optimizan sistematizaciones cognitivas como instrumentos para la adultez, las relaciones de pareja se dan en torno a las relaciones de pareja con diferenciación e intimidad. En esta fase se comienza a generar un proyecto concreto de vida (Krauskopf, 2011).

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 Objetivos:

2.1.1 General

Analizar la distribución de las variables asociadas a la salud mental y el consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución educativa particular ubicada al centro norte de Quito.

2.1.2 Específicos

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

2.1.3 Conocer el resultado de interrogantes asociadas a esta problemática.

¿Cuáles son las variables asociadas a la buena salud mental?

¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias?

¿Cuántos estudiantes se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias?

¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género?

2.2 Diseño de la investigación

La presente investigación se ha basado en el método descriptivo, método científico que implica observar y describir el comportamiento de las variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias en una población determinada sin influir sobre ésta de ninguna manera. (Shuttleworth, 2015). De igual manera el método descriptivo nos permitió identificar y analizar las variables de protección como de riesgo.

2.3 Contexto

La Unidad Educativa investigada es una institución privada, particular y mixta, se encuentra ubicada al centro norte y pertenece al horario de asistencia diurna, cuenta con veinte docentes de diferentes áreas un departamento de psicología, en el mismo se encuentra una psicóloga clínica y educativa, con un departamento médico, y área administrativa.

La institución educativa cuenta con una pedagogía formadora basada en los principios cristianos para la educación integral y humanística niñas, niños y jóvenes comprendiendo la educación Básica y Bachillerato que ofrece la preparación cristiana Marianita y la excelencia académica con énfasis en la educación "en y para la libertad" constituyéndoles en agentes de cambio social con la participación de laicos comprometidos.

2.4 Población:

La muestra objeto de investigación fue de 37 estudiantes de una Unidad Educativa Particular, pertenecientes al establecimiento educativo tipo mixto de la sección diurna, con una edad comprendida entre 14 a 17 años, distribuidos en:

- 21 estudiantes de primer año de bachillerato
- 16 estudiantes de segundo año de bachillerato.
- Siendo investigados 25 de sexo femenino y,
  12 de sexo masculino.

La muestra objeto de estudio de la presente investigación ha sido dada mediante un muestreo casual no probabilístico, la muestra elegida fue basada en el lugar de residencia de la persona encargada del levantamiento de datos.

2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

2.5.1 Métodos:

Para la presente investigación siguiendo los parámetros estadísticos se utilizaron los siguientes métodos:

- El método descriptivo permite recolectar información sin manipulación de las variables ambientales, pertenece al grupo de estudios no experimentales y permite la observación de variables sobre una población determinada, para poder analizar el efecto que estas variables ejercen sobre la muestra delimitada. El estudio descriptivo realizado se ha dado mediante una interacción en una sola ocasión con la muestra seleccionada, por lo tanto es un estudio descriptivo de tipo transversal (Shuttleworth, 2015).

El método descriptivo consiste básicamente en la caracterización de un fenómeno, midiendo sus rasgos, en el caso concreto de esta investigación, este método permite el análisis de incidencia de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y el consumo de estudiantes en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la institución educativa investigada. Es importante también señala que el método descriptivo no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre las variables investigadas. (Peña, 2013)

- El método estadístico en la presente investigación ha permitido la organización de la información recabada de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias en la muestra investigada, permitiendo la transformación de los datos recabados en símbolos numéricos para la exposición de los datos de medición en una matriz de datos estadística. (Peña, 2013)

2.5.2 Técnicas

En la presente investigación los datos recabados han sido dados mediante la técnica de la encuesta, basada en cuestionarios de escalas psicométricas validadas a nivel mundial para el recogimiento de datos relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias, los instrumentos utilizados se detallan a continuación:

1. Cuestionario Sociodemográfico: variables psicosociales y variables de salud.
   Variables que evalúan: sexo, edad, ocupación, lugar de residencia entre otros.
   Descripción: Evalúa variables psicosociales y de salud.

2. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983).
   Variables que evalúan: Percepción de estrés actual.
   Descripción: Evalúa la percepción de estrés actual, el grado es 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.

3. Un cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004).
   Variables que evalúan: El apoyo social a través de la sensación subjetiva de soledad.

Descripción: Evalúa la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.

4. Type A Behavior Scale (personalidad tipo A)
   Variables que evalúan: Personalidad.
   Descripción: Evalúa características de la personalidad relacionadas con la personalidad tipo A como presión de tiempo, irritabilidad, competitividad y hostilidad.

5. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011).
   Variables que evalúan: Flexibilidad/inflexibilidad psicológica
   Descripción: Evalúa evitación experiencial o, por el contrario flexibilidad psicológica, ambos son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.

6. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008). Evalúa el grado resiliencia.
   Variables que evalúan: La capacidad de resiliencia
   Descripción: Evalúa la capacidad de afrontamiento y ante situaciones adversas.

7. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008).
   Variables que evalúan: Consumo problemático de alcohol
   Descripción: Identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y un apoyo en la evaluación breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

8. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010).
   Variables que evalúan: Consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros.
   Descripción: Evalúa el patrón del consumo de sustancias en los últimos tres meses.

9. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010).
   Variables que evalúan: Depresión y ansiedad
   Descripción: Evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas 2 semanas.

10. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012).
    Variables que evalúan: Satisfacción vital
    Descripción: Responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos.

2.6. Procedimiento

En primer lugar se realiza el acercamiento respectivo a la institución educativa donde se informó del tema con el que se llevaría a cabo la investigación, a la vez que se solicitó a la Hermana Directora, la respectiva autorización para la aplicación del cuestionario, constituido por las escala psicométricas encargadas de evaluar diferentes variables. Una vez obtenida la autorización se informó a los estudiantes de la aplicación de un cuestionario mediante asesoría presencial se explica en que comprende el cuestionario, cuales son las encuestas y que medirán, también se informa al estudiante que la aplicación del cuestionario no es obligatoria, el tiempo que tomara la aplicación a quienes opten por realizarla.

Como siguiente paso se realiza la codificación y preparación de los instrumentos psicométricos, recepción de los consentimientos informados.

A los estudiantes que optaron por la aplicación del cuestionario, se procedió a entregarles el consentimiento informado para Padres y Estudiantes, los mismos que se les retiro en días posteriores a la aplicación.

Se procede a coordinar con el departamento de psicología de la institución educativa la aplicación del cuestionario, fijando día y hora para la misma.

Por lo tanto los días 17 y 18 de junio del 2015, los estudiantes se presentaron, en su aula de trabajo, en la misma se aplicación el cuestionario entre las 12:00 p.m. -1:15 p.m., con la colaboración de la Psicóloga Clínica de la Institución.

Después de realizado el cuestionario se procede a coordinar con el departamento de psicología de la institución educativa la preparación de una charla- taller para los estudiantes de primero y segundo de bachillerato.

El 22 de junio se realizó la charla- taller para los estudiantes de primero y segundo de bachillerato con la participación de la Hermana Directora de la Institución, el departamento de Psicología y Tutores de los paralelos invitados, la charla. Taller tuvo una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos.

Se procede al ingreso de los datos obtenidos a la matriz de datos estadística y la respectiva tabulación.

2.7 Recursos

Descripción de los recursos utilizados para llevar a cabo el trabajo de investigación, puede referirse a los siguientes:

2.7.1 Talento Humano.

Se contó con la colaboración de la Hermana Directora de la Institución, con el departamento de Psicología, con una Psicóloga Educativa y una Psicología Clínica, profesores, alumnos, tutores, directores de la Universidad Técnica Particular de Loja.

2.7.2 Recursos Materiales

Material de oficina

Copias.

Transporte

Alimentación

2.7.2 Recursos tecnológicos

Computador

Impresora.

Copiadora

Internet.

2.7.4 Recursos económicos y financiamiento

MATERIAL	VALOR	FINANCIAMIENTO
Material de oficina	$ 15.00	Autogestión
Copias	$ 20.00	Autogestión
Impresiones	$ 5.00	Autogestión
Internet	$ 10.00	Autogestión
Movilización	$ 30.00	Autogestión
Alimentación	$ 15.00	Autogestión
Imprevistos	$ 10.00	Autogestión
Gastos Totales	**$ 105.00**	

FINANCIA LA INVESTIGACION: Ma. Eugenia Ortuño.

CAPÍTULO. 3 ANALISIS DE DATOS

3.1 Datos Psicosociales.

Los datos psicosociales que han sido investigados con relacionan a la edad, sexo y año de bachillerato de la muestra investigada. A continuación se exponen los resultados:

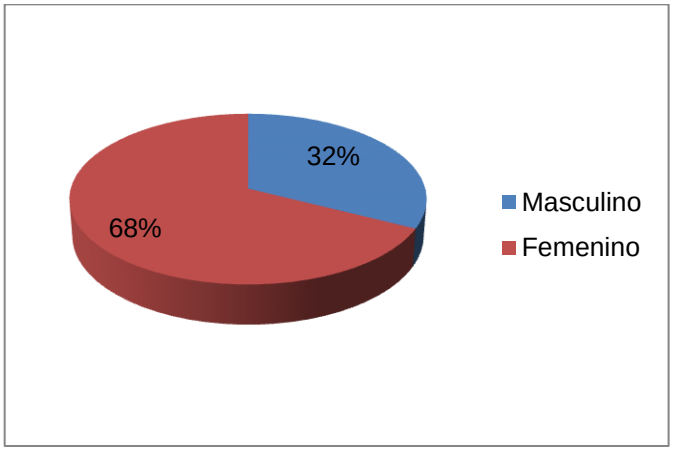

Figura 1. Sexo
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

De acuerdo a la figura 1 correspondiente a la variable Sexo, los datos obtenidos de la muestra investigada señalan que el 32% de estudiantes investigados pertenecen al género masculino y el 68% de estudiantes investigados corresponde al género femenino. Siendo el género femenino el más representativo de la muestra investigada.

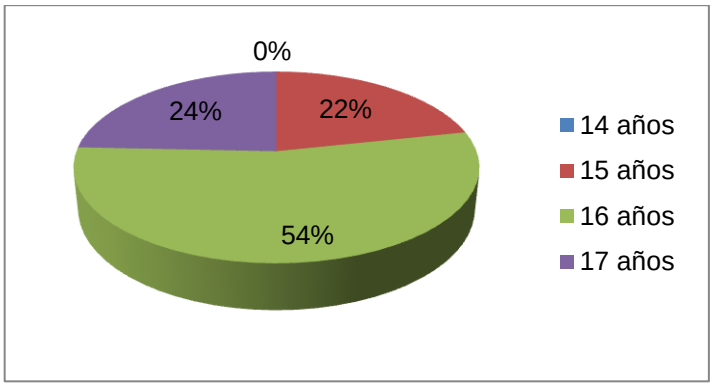

Figura 2. Edad
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Respecto a la figura 2 correspondiente a la variable Edad, de los datos alcanzados en la muestra investigada señalan que el 22% de los estudiantes corresponden a la edad de 15 años, el 24% de estudiantes corresponden a la edad de 17 años, el 54% de estudiantes

corresponden a la edad de 16 años, siendo además el grupo más representativo de la muestra investigada.

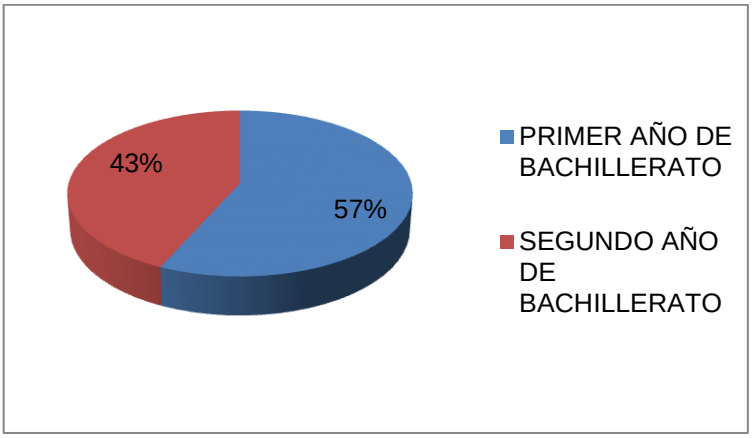

Figura 3. Año de Bachillerato
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Respecto a la figura 3 correspondiente al Año de Bachillerato, del total de la muestra (n=37) podemos señalar que el 57% de estudiantes cursa el primer año de bachillerato, siendo el grupo más representativo, seguido del 43% de estudiantes que cursa el segundo año de bachillerato.

3.2 Análisis de resultados generales

A continuación se presentan los resultados generales obtenidos en esta investigación realizada a 37 estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución particular educativa del norte de Quito, esta muestra se encuentra dividida en 12 estudiantes pertenecientes al género masculino y 25 estudiantes pertenecientes al género femenino.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

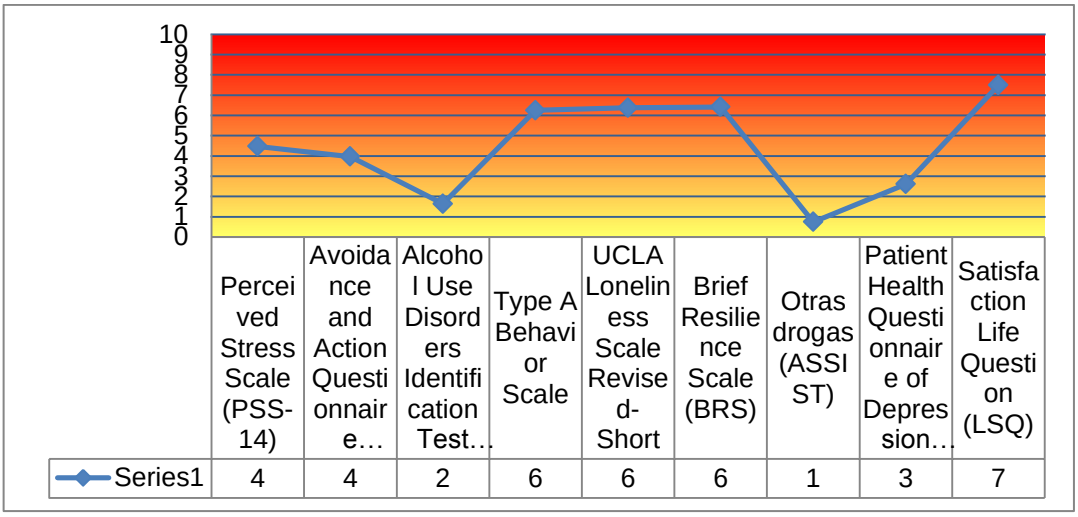

Figura 4. Año de Bachillerato

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.

Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Como se puede apreciar en la figura 4, como la primera variable investigada el estrés percibido que ha sido evaluada a través del test Perceived Stress Scale (PSS-14). En la muestra investigada esta variable ha obtenido una ubicación de 4 puntos, lo cual indica que esta variable no representa riesgo al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos, por lo que en la muestra investigada el nivel de estrés se considera como un factor de protección. A continuación en la tabla 1 podemos ver las frecuencias más representativas de esta variable.

Tabla 1. Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	9	6	14	5	3
2	10	10	6	8	3
3	1	7	17	7	5
4	2	6	12	8	8
5	3	4	11	12	7
6	1	3	10	16	7
7	0	4	10	11	12
8	4	9	16	5	3
9	0	3	13	14	7
10	0	8	9	15	5
11	5	7	16	6	3
12	1	2	9	16	8
13	2	5	17	10	3
14	9	10	11	3	4

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

De acuerdo a la tabla 1, se aprecia que en los reactivo 3 y 13 presenta mayor frecuencia con 17 estudiantes correspondientes a cada reactivo. Esto señala que esta frecuencia de estudiantes ha señalado que en el último mes "de vez en cuando" se han sentido nerviosos o estresados y han podido controlar la forma de invertir su tiempo.
En el reactivo 6, se encuentra ubicada una frecuencia de 16 estudiantes que han señalado "a menudo" estar seguros sobre su capacidad para manejar sus problemas personales.

La segunda variable investigada corresponde al estilo de afrontamiento de flexibilidad o inflexibilidad psicológica en la muestra investigada a través del cuestionario Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) tenemos una puntuación de 4, lo cual señala que se presenta como variable de protección al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos. A continuación en la tabla 2 se presentan las frecuencias más representativas de esta variable.

Tabla 2. Frecuencia Avoidance and Action Questionnaire (AA-Q7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	17	10	1	3	3	0	3
2	7	13	2	6	3	0	6
3	8	9	2	12	0	1	4
4	15	13	2	2	2	0	3
5	12	10	6	3	0	2	3
6	15	8	2	5	0	2	5
7	9	13	2	6	0	1	6

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

En la tabla 2 correspondiente a las frecuencias de la variable inflexibilidad psicológica podemos observar que la frecuencia más representativa con 17 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 1, señalando "nunca es verdad" que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea más difícil vivir la vida que quisieran.
Con una frecuencia de 15 estudiantes se ubica en los reactivos 4 y 6 señalando "nunca es verdad" que sus recuerdos dolorosos les impidan llevar una vida plena y que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que ellos, respectivamente. Esto corrobora lo señalado en la

figura 4, por lo tanto la inflexibilidad psicológica no se considerada en esta muestra como un factor de riesgo.

La tercera variable se relaciona con el consumo de alcohol la cual fue evaluada por el test AUDIT. En la figura 4 podemos verificar que se ubica en 2 puntos, lo cual señala que en la muestra investigada esta variable no representa riesgo al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos. A continuación se presentan los porcentajes de esta variable:

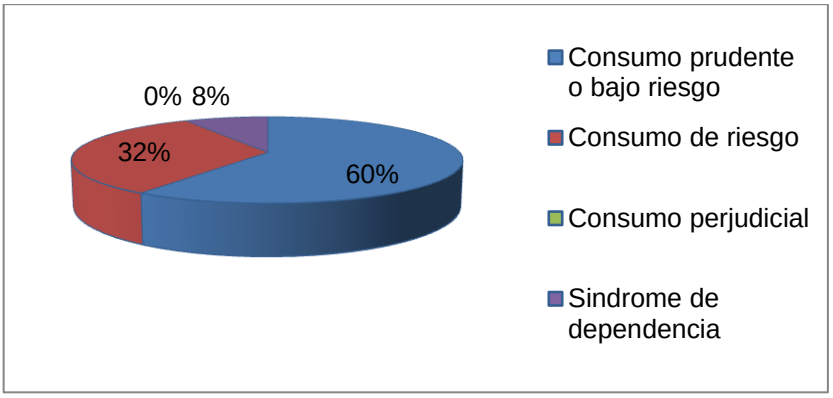

Figura 5. Figura de los test AUDIT
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura 5 a través del Test AUDIT, se puede afirmar que el mayor porcentaje con 60% de estudiantes investigados señalan tener un consumo prudente o bajo riego el 32% de estudiantes investigados señalan tener un consumo de riesgo y el 8%. de estudiantes investigados señalan tener un consumo diario o casi a diario, lo que corresponde a un síndrome de dependencia con el alcohol.

La cuarta variable investigada corresponde a la personalidad tipo A, podemos verificar en la figura 4 que se ubica en 6 puntos, lo cual indica que tenemos una variable por encima de la media establecida de 5 puntos, revelando que en la muestra se encuentran características de personalidad relacionadas con la personalidad tipo A convirtiendo a esta variable como un factor de riesgo. A continuación en la tabla 3 se presentan las frecuencias más representativas de esta variable.

Tabla 3. Frecuencia (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	16	11	9	1
Reactivo	**A menudo**	**De vez en cuando**	**Casi nunca**	**Nunca**
2	3	16	12	6
3	3	15	16	3
4	7	7	14	8
5	12	8	12	5
6	5	18	10	4
Reactivo	**Si**		**No**	
7	24		13	
8	26		11	
9	32		5	
10	**29**		**8**	

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Con las frecuencias presentadas en la tabla 3 en referencia a la variable que evalúa la personalidad, podemos observar que para el (reactivo1) tienen un fuerte deseo de sobresalir, ser los mejores en la mayor parte de las cosas, se ubican 16 estudiantes.
26 estudiantes se encuentran ubicados en el reactivo 8 señalando “si” a llevar trabajo a casa y seguir pensando en ello fuera del horario escolar. De igual manera podemos observar que una frecuencia de 32 estudiantes se encuentra ubicados es el reactivo 9 señalando “sí” a sentirse inseguros(as), incomodos (as) o insatisfechos (as) con el rendimiento académico. Siendo esta además la frecuencia más representativa de esta variable.

La quinta variable investigada corresponde al apoyo social a través de la autopercepción de la soledad, podemos verificar en la figura 4 que se ubica en 6 puntos, lo cual indica que se presenta como una variable de riesgo, al encontrarse por encima de la media establecida de 5 puntos. A continuación en la tabla 4 se presentan las frecuencias más representativas de esta variable.

Mediante la tabla 4 podemos observar que la mayor frecuencia con 20 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 20 señalando “siempre” sentir que hay personas con las pueden contar. Una frecuencia de 17 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 6 señalando “a veces” sentir que hacen parte de un grupo de amigos. De igual manera una

frecuencia de 17 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 7 señalando “nunca” sentir que ya no tienen nadie cerca de ellos (as).

La sexta variable investigada corresponde a la resiliencia, en la figura 4 de podemos verificar que se ubica en 6 puntos, lo cual indica que se presenta como una variable de protección, pues al mantener una alta resiliencia los investigados están preparados para resolver o enfrentarse de la mejor manera a los problemas que se les presente. A continuación en la tabla 5 se presentan las frecuencias más representativas de esta variable.

Tabla 5. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	3	4	14	11	5
2	6	10	13	7	1
3	3	5	17	7	5
4	9	10	10	6	2
5	8	10	11	6	2
6	10	8	10	5	3

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Como se puede apreciar en la tabla 5, la mayor frecuencia de 17 estudiantes se sitúa en el reactivo 3 señalando “neutral” al referirse a que no les lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante. Una frecuencia de 14 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 1 señalando “neutral” en lo referente a sentir que la gente que los rodea las y los entiende.

La séptima variable investigada corresponde al consumo problemático de sustancias, evaluada a través del test ASSIST, podemos verificar en la figura 4 que se ubica en 1 puntos, lo cual indica que esta variable que no representa riesgo al encontrarse bajo la respecto a la puntuación máxima de 10 puntos, pero es importante analizar el tipo de drogas que la muestra investigada señala un consumo diario o casi a diario. A continuación en la tabla 6 se presentan los porcentajes relacionados con el consumo de sustancias.

Tabla 6. Porcentaje obtenidos. Test ASSIT

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	32	4	0	0	1

2	21	7	7	1	1
3	14	13	4	6	0
4	32	3	0	1	1
5	35	1	1	0	0
6	36	0	0	0	1
7	35	1	1	0	0
8	34	1	1	1	0
9	34	2	1	0	0
10	36	0	0	1	0
11	34	0	3	0	0

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Al apreciar la tabla 4, podemos observar el mayor porcentaje corresponde al 1% de estudiantes que presenta un consumo diario o casi a diario de tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabacos de mascar). De igual manera el 1% de estudiantes presenta un consumo diario o casi a diario de cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis). El 1% de estudiantes presenta un consumo diario o casi a diario de sedantes (diazepan, alprozolan, clonazepan). Finalmente también el 1% de estudiantes presenta un consumo diario o casi a diario de alucinógenos (LSD, ácidos hongos, ketamina).

La octava variable investigada corresponde a la ansiedad y la depresión, podemos verificar en la figura 4 que se ubica en 3 puntos, lo cual indica que se presenta como una variable de protección debido a que se encuentra bajo la media establecida de 5 puntos. A continuación en la tabla 7 se presentan las frecuencias más representativas de esta variable.

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	13	14	7	3
2	16	13	4	4
3	17	14	3	3
4	13	19	3	2
5	17	8	5	7
6	19	10	2	6
7	24	8	1	4
8	23	9	1	4
9	28	5	2	2

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Como podemos observar en la tabla 7 la mayor frecuencia con 28 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 9 señalando “nunca” pensar que estarían mejor muertos o deseado haberse hecho daño de alguna forma. La segunda frecuencia más representativa con 24 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 7 señalando “nunca” haber tenido problemas con concentrarse en actividades como leer el periódico o ver la televisión.

La novena variable que es la satisfacción de vida, podemos verificar en la figura 4 que esta variable que se ubica en 7 puntos, lo cual indica que se presenta como variable de protección debido a su puntaje por encima de la media establecida de 5 puntos. A continuación en la tabla 8 se presentan las frecuencias más representativas de esta variable.

Tabla 8. Frecuencia (LSQ)

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

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Mediante la tabla 8 podemos observar que la frecuencia más representativa con 11 estudiantes se encuentran totalmente satisfechos (as) con su vida.

3.3 Análisis de datos generales.

Mediante la presente investigación hemos podido observar la siguiente distribución de las variables analizadas:

Dos variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo problemático de sustancias se consideran como factores de riesgo en la muestra investigada:

- La personalidad tipo A. Esto indica que en la muestra investigada existen características de la personalidad relacionadas con el tipo A como competitividad, hostilidad y presión de tiempo representadas como factores de riesgo especialmente relacionados con el estrés.

- El apoyo social medido a través de la autopercepción de la soledad. Como factor de riesgo se ha podido encontrar también en la muestra investigada la falta de apoyo social por parte de las figuras sociales representativas, ya que la percepción de soledad se encuentra por encima de lo esperado para este grupo.

Por otro lado, siete variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias se consideran como factores de protección en la muestra investiga, estas se exponen a continuación:

- La variable de estrés obtiene una puntuación un punto bajo la media, lo que indica representar un factor de protección ya que la muestra investigada no se encuentran síntomas de estrés.

- La variable de estilo de afrontamiento asociado a la inflexibilidad psicológica tiene una puntuación de un punto bajo la media, lo que indica que en esta muestra la inflexibilidad psicológica no es un estilo de afrontamiento y la flexibilidad psicológica sería un factor de protección.

- La variable del consumo de alcohol tiene una puntuación de 2 puntos, señalando que la muestra no obtiene consumo problemático de alcohol, por lo tanto se constituye como factor de protección.

- La variable de resiliencia manifestó un punto sobre la media, señalada como factor de protección ya que brinda herramientas para sobreponerse a las dificultades.

- La variable del consumo de drogas tiene una puntuación significativamente inferior, de cuatro puntos abajo de la media, lo cual manifiesta que la muestra no tiene consumo problemático de drogas.

- La variable de ansiedad y depresión tiene una puntuación de dos puntos debajo de la media, lo que señala a esta variable como protectora de la salud mental.

- La variable de satisfacción vital tiene una puntuación de dos puntos sobre la media lo cual señala una buena satisfacción con la vida de la muestra investigada y por lo tanto otra variable como factor de protección.

3.4 Análisis de resultados respecto al género femenino

Es este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a 25 estudiantes que corresponden al género femenino.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

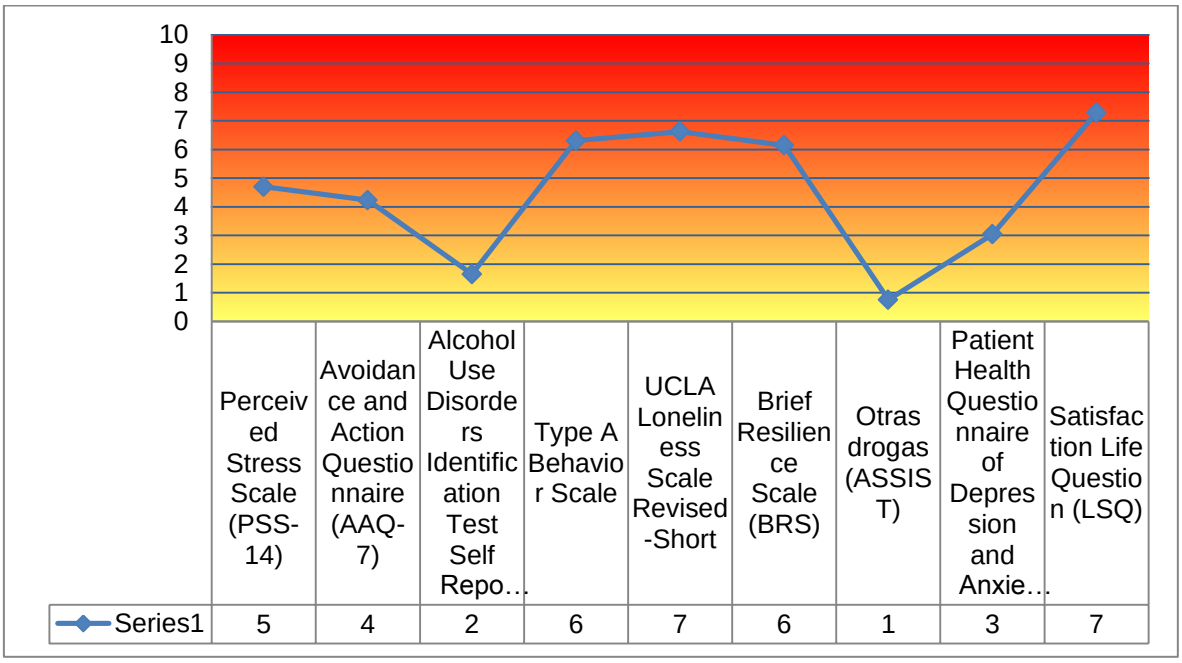

Figura 6. Resultados del género femenino
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

En la figura 6 podemos evidenciar que la primera variable investigada corresponde a la variable estrés, la cual ha obtenido una puntuación de 5, puntos en la escala de 0 a 10, lo cual determina que esta variable se encuentra sobre la media de 5 puntos, situándola como una variable de protección para el género femenino. A continuación se expone la tabla 9 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género femenino:

Tabla 9. FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

1	2	5	12	4	2
2	5	6	5	6	3
3	0	4	11	6	4
4	2	6	7	3	6
5	2	3	8	7	5
6	0	3	6	12	4
7	0	3	6	7	9
8	3	5	12	3	2
9	0	3	7	10	5
10	0	7	6	8	4
11	5	3	9	6	2
12	0	2	4	12	6
13	1	4	13	4	3
14	5	7	7	3	3

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Mediante la tabla 9 podemos observar que la frecuencia más representativa con 13 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 13 señalando que “de vez en cuando” pueden controlar la forma de invertir su tiempo. Una frecuencia de 12 mujeres se encuentra ubicada en los reactivos 1 y 8 señalando que “de vez en cuando” estar afectadas por algo que ha ocurrido inesperadamente (reactivo 1) y sienten que no podían afrontar todas las cosas que tenían por hacer (reactivo 8).

En cuanto a la segunda variable correspondiente al estilo de afrontamiento relacionado con la inflexibilidad psicológica, la muestra femenina ha obtenido una puntuación de 4 puntos, lo cual señala que la inflexibilidad psicológica se presenta como una variable de protección al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos. A continuación se expone la tabla 10 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género femenino:

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	12	5	1	2	2	0	3
2	2	9	2	5	2	0	5
3	3	6	2	8	0	1	4
4	10	8	2	1	1	0	3

5	6	8	5	1	0	2	2
6	10	6	1	3	0	1	4
7	6	6	2	3	0	1	4

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Mediante la tabla 10 de frecuencias de la variable inflexibilidad psicológica podemos observar que la frecuencia más representativa con 12 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 1 señalando “nunca es verdad” que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea más difícil vivir la vida que querrían. Podemos observar que la siguiente frecuencia más representativa se encuentra ubicada con 10 mujeres en el reactivo 4 señalando “nunca es verdad” que sus recuerdos dolorosos les impidan llevar una vida plena. De igual manera una frecuencia de 10 mujeres se encuentra ubicada también en reactivo 6 señalando “nunca es verdad” que la mayoría de gente lleva su vida mejor que ellas.

En cuanto a la tercera variable relacionada con el consumo de alcohol medida a través del test AUDIT la muestra femenina muestra una puntuación de 2 puntos, lo cual señala que la muestra femenina muestra un consumo moderado de alcohol por lo tanto se señala que no existe consumo problemático de alcohol, considerando a esta variable como un factor de protección. A continuación se expone la figura 7 donde se presentan los porcentajes de consumo de alcohol para el género femenino:

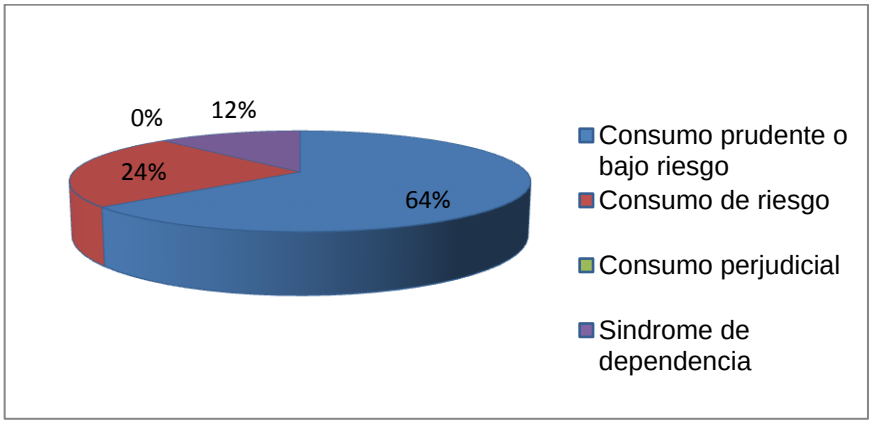

Figura 7. Figura de los test AUDIT
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura 7, podemos señalar que respecto a l género femenino el mayor porcentaje con 64% de consumo de alcohol es ocasional,

correspondiendo a un consumo prudente o de bajo riesgo. El consumo frecuente o consumo de *riesgo correspondiente al género femenino tiene un porcentaje de 24% y el consumo diario* o casi diario relacionado con el síndrome de dependencia en el género femenino se ubica con el 12%.

La cuarta variable investigada corresponde a la personalidad tipo A, el género femenino se encuentra ubicado en 6 puntos (figura 6), lo cual indica que tenemos una variable por encima de la media establecida de 5 puntos, señalando que la población femenina presenta características relacionadas con la personalidad tipo A como tendencia a la competitividad, presión de tiempo y hostilidad. Por lo tanto para la muestra femenina esta variable se constituye como un factor de riesgo. A continuación se expone la tabla 11 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género femenino:

Tabla 11. FRECUENCIA Type A Behavior Scale

Reactivo	**Muy bien**	**Bastante bien**	**En parte**	**Nada**
1	9	9	6	1
Reactivo	**A menudo**	**De vez en cuando**	**Casi nunca**	**Nunca**
2	2	11	8	4
3	2	11	10	2
4	5	6	7	6
5	6	6	8	5
6	4	14	5	2
Reactivo	**Si**		**No**	
7	16		9	
8	18		7	
9	22		3	
10	21		4	

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

En la tabla 11 de frecuencias de la variable personalidad tipo A, podemos observar que la frecuencia más representativa con 22 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 9 señalando “sí” sobre alguna vez sentirse inseguras, incómodas o insatisfechas con su rendimiento académico. La segunda frecuencia representativa se encuentra ubicada en el reactivo 10 señalando “sí” sobre sentirse molestas cuando tienen que esperar a algo o a alguien.

En cuanto a la quinta variable investigada, apoyo social medido a través de la autopercepción de soledad, podemos verificar en la figura 6 que el género femenino se ubica en 7 puntos, lo cual indica que se presenta como una variable de riesgo, al encontrarse síntomas de soledad que superan la media de lo establecido. A continuación se expone la tabla 12 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género femenino:

Tabla 12. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short

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

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Haciendo referencia a la tabla 12 podemos observar que la frecuencia más representativa correspondiente al apoyo social se encuentra ubicada con 16 mujeres en el reactivo 5 señalando “siempre” sienten que hacen parte de un grupo de amigos. La frecuencia más representativa con 16 mujeres se encuentra ubicada también en el reactivo 20 señalando “siempre” sentir que hay personas con las que pueden contar. Una frecuencia de 14 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 19 señalando “siempre” sentir que hay personas con quien pueden hablar.

En cuanto a la sexta variable, resiliencia, podemos verificar que en el género femenino se ubica en 6 puntos (figura 6), lo cual indica que se presenta como una variable de protección señalando que las mujeres investigadas estarían capacitadas para resolver o enfrentarse de la mejor manera a los problemas que se les presenten. A continuación se expone la tabla 13 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género femenino:

Tabla 13. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	4	8	9	2
2	3	7	8	6	1
3	2	5	12	4	2
4	5	5	7	6	2
5	4	8	7	4	2
6	5	5	9	3	2

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Observando la tabla 13 de las frecuencias de la variable resiliencia, podemos señalar que la frecuencia más representativa se encuentra ubicada con 12 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 3 señalando sentirse “neutrales” sobre no llevarles mucho tiempo recuperarse de una situación estresante. Una frecuencia de 9 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 1 señalando “estar de acuerdo” en recuperarse rápidamente después de momentos difíciles.

La séptima investigada corresponde al consumo problemático de sistancias evaluada a través del test ASSIST, en los resultados del género femenino (figura 6) podemos señalar que esta variable se ubica en 1 punto, lo cual indica que se presenta como una variable de protección al no evidenciar consumo problemático de sustancias en las mujeres. A continuación se expone la tabla 14 donde se presentan los porcentajes más representativos de esta variable para el género femenino:

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

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	88.0	8.0	0.0	0.0	4.0

2	52.0	28.0	16.0	0.0	4.0
3	28.0	44.0	16.0	12.0	0.0
4	88.0	4.0	0.0	4.0	4.0
5	96.0	4.0	0.0	0.0	0.0
6	96.0	0.0	0.0	0.0	4.0
7	96.0	4.0	0.0	0.0	0.0
8	96.0	0.0	0.0	4.0	0.0
9	96.0	0.0	4.0	0.0	0.0
10	96.0	0.0	0.0	4.0	0.0
11	96.0	0.0	4.0	0.0	0.0

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

A pesar de que esta variable ha obtenido un puntaje total de 1 punto constituyéndose como factor de protección se considera importante abalizar las sustancias psicoactivas que las mujeres has señalado consumir diariamente. Al observar la tabla 14 podemos señalar que el 4.0% de mujeres señalan consumo a diario de drogas, de igual manera el 4.0% de mujeres señalan consumo a diario de tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc). También el 4.0% de mujeres han señalado consumo a diario de cannabis (marihuana, hierba, mota, hachís, etc.). Finalmente el 4.0% de mujeres ha señalado consumo a diario de anfetaminas (éxtasis, speed, etc.).

La octava variable investigada corresponde a la ansiedad y depresión, en la muestra femenina el puntaje obtenido expresado en la figura 6 corresponde a 3 puntos, lo cual indica que se presenta como variable protectora al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos. A continuación se expone la tabla 15 donde se presentan los porcentajes más representativos de esta variable para el género femenino:

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	9	8	5	3
2	9	10	4	2
3	12	7	3	3
4	8	13	2	2
5	8	7	4	6
6	11	8	1	5

7	16	4	1	4
8	14	7	0	4
9	17	4	2	2

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Al observar la tabla 15 podemos señalar que la frecuencia más representativa con 17 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 9 señalando “nunca” pensar que estarían mejor muertas o desear hacerse daño de alguna manera. La segunda frecuencia representativa con 16 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 7 señalando “nunca” tener problemas de concentración en actividades como leer el periódico o mirar la televisión.

Finalmente la novena variable investigada corresponde a la satisfacción vital en el género femenino la puntuación obtenida es de 7 puntos (ver figura 6), lo cual indica que se presenta como variable de protección, al encontrarse sobre la media de lo establecido. . A continuación se expone la tabla 16 donde se presentan los porcentajes más representativos de esta variable para el género femenino:

Tabla 16. FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)

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

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Al observar la tabla 16 correspondiente a la variable satisfacción vital, podemos señalar que la frecuencia más representativa con 7 mujeres se encuentra ubicada en la categoría 10 señalando sentirse totalmente satisfechas con su vida.

3.5 Análisis de resultados respecto al género masculino

Es este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a 12 estudiantes que corresponden al género masculino.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

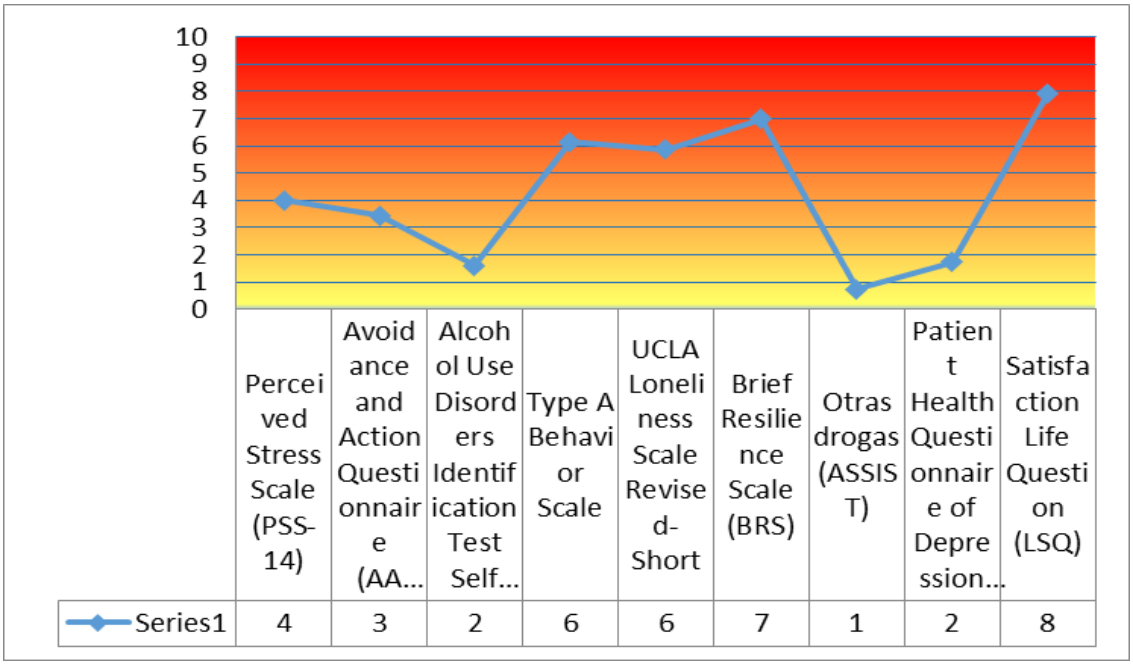

Figura 8. Resultados del género masculino
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

En la figura 8 que la primera variable investigada corresponde a la variable estrés, la cual ha obtenido una puntuación de 4 puntos, en la escala de 0 a 10, lo cual determina que esta variable se encuentra bajo la media de 5 puntos, situándola como una variable de protección para el género masculino. A continuación se expone la tabla 17 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género masculino:

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

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

12	1	0	5	4	2
13	1	1	4	6	0
14	4	3	4	0	1

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Mediante la tabla 17 podemos observar que la frecuencia más representativa con 7 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 1 señalando que “nunca” han estado afectados por algo que ha ocurrido inesperadamente. De igual manera una frecuencia de 7 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 10 señalando “a menudo” sentir que las cosas les van bien. Una frecuencia de 7 hombres se encuentra ubicada también en el reactivo 11 señalando “de vez en cuando” estar enfadados porque las cosas que les han ocurrido estaban fuera de su control. Una frecuencia de 6 hombres se encuentra ubicada en los reactivos 3 y 9 señalando “de vez en cuando” sentirse nerviosos o estresados (reactivo 3) y “de vez en cuando” poder controlar las dificultades de su vida.

En cuanto a la segunda variable correspondiente al estilo de afrontamiento relacionado con la inflexibilidad psicológica, la muestra masculina ha obtenido una puntuación de 3 puntos, lo cual señala que la inflexibilidad psicológica se presenta como una variable de protección al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos. A continuación se expone la tabla 18 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género masculino:

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	5	5	0	1	1	0	0
2	5	4	0	1	1	0	1
3	5	3	0	4	0	0	0
4	5	5	0	1	1	0	0
5	6	2	1	2	0	0	1
6	5	2	1	2	0	1	1
7	3	4	0	3	0	0	2

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Mediante la tabla 18 de frecuencias de la variable inflexibilidad psicológica podemos observar que la frecuencia más representativa con 6 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 5 señalando “nunca es verdad” que sus emociones interfieran en como les gustaría que fuera su vida.

En cuanto a la tercera variable relacionada con el consumo de alcohol medida a través del test AUDIT la muestra masculina muestra una puntuación de 2 puntos, lo cual señala que los hombres muestran un consumo moderado de alcohol por lo tanto se señala que no existe consumo problemático de alcohol, considerando a esta variable como un factor de protección. A continuación se expone la figura 9 donde se presentan los porcentajes de consumo de alcohol para el género masculino:

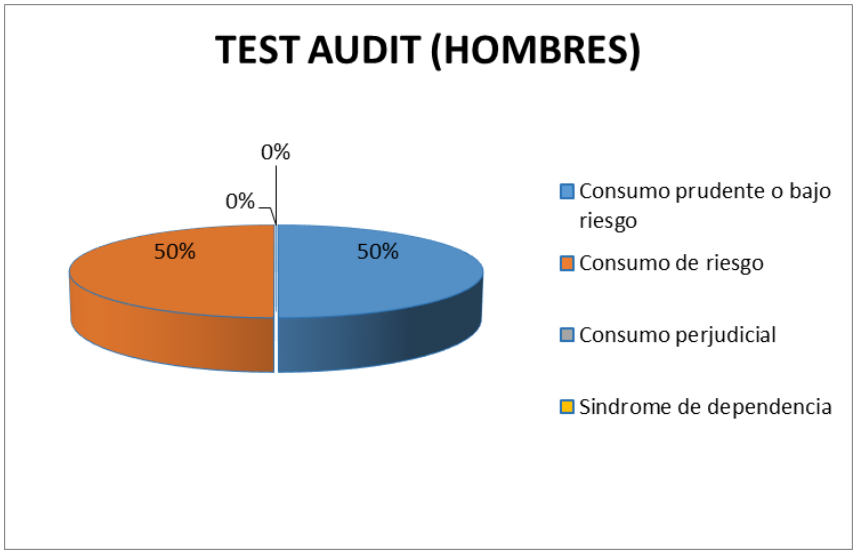

Figura 9. Figura de los test AUDIT
Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura 9, podemos señalar que respecto al género masculino el consumo se divide en 50% de consumo de alcohol ocasional, correspondiendo a un consumo prudente o de bajo riesgo. El consumo frecuente o consumo de riesgo correspondiente al género femenino tiene un porcentaje de 50%. El consumo perjudicial y síndrome de dependencia presentan 0% en la muestra masculina.

La cuarta variable investigada corresponde a la personalidad tipo A, el género masculino se encuentra ubicado en 6 puntos (figura 8), lo cual indica que tenemos una variable por encima de la media establecida de 5 puntos, señalando que la población masculina presenta características relacionadas con la personalidad tipo A como tendencia a la competitividad, presión de tiempo y hostilidad. Por lo tanto para la muestra masculina esta variable se constituye como un factor de riesgo. A continuación se expone la tabla 19 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género masculino:

Tabla 19. FRECUENCIA Type A Behavior Scale

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

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

En la tabla 19 de frecuencias de la variable personalidad tipo A, podemos observar que la frecuencia más representativa con 10 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 9 señalando “sí” sobre alguna vez sentirse inseguros, incómodos o insatisfechos con su rendimiento académico.

En cuanto a la quinta variable investigada que es el apoyo social medido a través de la autopercepción de soledad, podemos verificar en la figura 8 que el género masculino se ubica en 6 puntos, lo cual indica que se presenta como una variable de riesgo, al encontrarse síntomas de soledad que superan la media de lo establecido. A continuación se expone la tabla 20 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género masculino:

Tabla 20. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short

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

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Haciendo referencia a la tabla 20 podemos observar que la frecuencia más representativa correspondiente al apoyo social se encuentra ubicada con 8 mujeres en el reactivo 7 señalando “nunca” sienten que ya no tienen a nadie cerca de ellos.

Una frecuencia de 7 hombres se encuentra ubicada en los reactivos 13, 17 y 18 señalando “rara vez” sentir que nadie los conoce realmente bien, “rara vez” sentirse tímidos y “rara vez” sentir que las personas de alrededor no están con ellos.

En cuanto a la sexta variable, resiliencia, podemos verificar que en el género masculino se ubica en 7 puntos (figura 8), lo cual indica que se presenta como una variable de protección señalando que los hombres investigados estarían capacitados para resolver o enfrentarse de la mejor manera a los problemas que se les presenten. A continuación se expone la tabla 21 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género masculino:

Tabla 21. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)

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

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

Observando la tabla 21 de las frecuencias de la variable resiliencia, podemos señalar que la frecuencia más representativa se encuentra ubicada con 6 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 1 señalando sentirse “neutrales” sobre recuperarse rápidamente después de momentos difíciles.

La séptima investigada corresponde al consumo problemático de sistancias evaluada a través del test ASSIST, en los resultados del género masculino (figura 8) podemos señalar que esta variable se ubica en 1 punto, lo cual indica que se presenta como una variable de protección al no evidenciar consumo problemático de sustancias. A continuación se expone la tabla 22 donde se presentan los porcentajes más representativos de esta variable para el género masculino:

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

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	83.3	16.7	0.0	0.0	0.0
2	66.7	0.0	25.0	8.3	0.0
3	58.3	16.7	0.0	25.0	0.0
4	83.3	16.7	0.0	0.0	0.0
5	91.7	0.0	8.3	0.0	0.0
6	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7	91.7	0.0	8.3	0.0	0.0
8	83.3	8.3	8.3	0.0	0.0

9	83.3	16.7	0.0	0.0	0.0
10	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
11	83.3	0.0	16.7	0.0	0.0

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

A pesar de que esta variable ha obtenido un puntaje total de 1 punto constituyéndose como factor de protección se considera importante abalizar las sustancias psicoactivas que los hombres han señalado consumir diariamente. Al observar la tabla 22 podemos señalar que el género masculino no consume sustancias psicoactivas diariamente.

La octava variable investigada corresponde a la ansiedad y depresión, en la muestra masculina el puntaje obtenido expresado en la figura 8 corresponde a 2 puntos, lo cual indica que se presenta como variable protectora al encontrarse bajo la media establecida de 5 puntos. A continuación se expone la tabla 23 donde se presentan las frecuencias más representativas de esta variable para el género masculino:

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

Reactivo	Nunca	Varios dias	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	4	6	2	0
2	7	3	0	2
3	5	7	0	0
4	5	6	1	0
5	9	1	1	1
6	8	2	1	1
7	8	4	0	0
8	9	2	1	0
9	11	1	0	0

Fuente: Instrumentos aplicados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una Institución Educativa del norte de Quito 2015.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño.

En la variable de consumo de alcohol la muestra investigada presenta una igualdad de puntaje entre géneros, lo que señala que hombres y mujeres consumen la misma cantidad de alcohol y al ubicarse esta variable dos puntos bajo de la media es un factor de protección para ambos géneros.

En lo que respecta a la variable que evalúa la personalidad tipo A, hay una igualdad de puntaje para hombres y mujeres, un punto por encima de la media, esto significa que en hombres y mujeres se encuentran por igual tendencias a la competitividad, hostilidad y presión de tiempo.

La variable relacionada con el apoyo social muestra también una diferencia de puntaje por género de un punto, ubicando a los hombres con un punto por debajo de las mujeres lo que señala que la población masculina expresa menos autopercepción de soledad que las mujeres en la muestra investigada.

Otra variable que ha puntuado diferente en hombres y mujeres es la resiliencia, ubicando al género masculino un punto por encima del género femenino, señalando que los hombres poseen más herramientas para hacer frente y sobreponerse a las dificultades que las mujeres.

La variable que evalúa el consumo problemático de otras drogas muestra una puntuación significativamente inferior en ambos géneros con igualdad de puntaje, señalando que en la muestra investigada ni hombres ni mujeres presentan consumo problemático de sustancias.

Respecto a la variable ansiedad y depresión el género femenino tiene un punto encima del género masculino lo que señala que en la muestra investigada las mujeres tienen mayor cantidad de síntomas ansiosos y depresivos.

En lo que respecta a la variable de la satisfacción vital los hombres tienen un punto por encima de las mujeres, señalando que en la muestra investigada el género masculino señala una mejor satisfacción con su vida.

3.6 DISCUSIÓN DE DATOS

Esta investigación tiene como propósito identificar las variables que pueden estar afectando a la población en este caso adolescentes, así encontramos en esta investigación la variable de estrés ha marcado como bajo puntaje con un porcentaje de 40% dentro de la muestra investigada, lo cual difiere de la investigación por Maruris, Córtez, Gómez & Godínez realizado a 309 personas donde la mayor prevalencia de estrés estaba dada en individuos de entre 11 y 20 años de edad (2011).

En la presente investigación tanto el estrés como el consumo de sustancias fueron variables con un bajo puntaje, este resultado se asemeja a los resultados presentados por Becoña

(2003) donde se señala una correlación entre el estrés y el consumo de tabaco en adolescentes. (Becoña, 2003).

La variable estilo de afrontamiento caracterizada por la inflexibilidad psicológica y las variables indicadores de la salud mental en la presente investigación fueron variables que marcaron un puntaje de bajo riesgo, esto es similar al resultado dado por Becerra (2013) donde se señala que la variable afrontamiento y la flexibilidad psicológica se constituyen como predictores de salud mental.

La presente investigación marcó un puntaje de bajo riesgo en inflexibilidad psicológica, sin embargo el puntaje obtenido en apoyo social marcó como puntaje de riesgo, esto difiere de la investigación realizada por Rodríguez (2013) quien señala una También tendencia relacional entre la flexibilidad psicológica y la pro-socialidad.

La variable correspondiente al consumo de alcohol de la muestra investigada ha señalado un consumo de bajo riesgo, esto es un 60 %, con este resultado se asemejan a lo expuesto por el CONSEP en una investigación a escala nacional donde se señala que el consumo más alto en adolescentes, es el consumo ocasional o de bajo riesgo. (Concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotópicas, 2014).

La variable correspondiente a la personalidad tipo A ha marcado como una variable de alto riesgo de 6 puntos sobre 10, estos rasgos de personalidad según la bibliografía Friedman & Rosenman (1959) citados por Leiton (2013) podrían estar asociados a la hostilidad, tensión, dominancia, autoritarismo e impulsividad. Esta tendencia de personalidad a su vez puede relacionarse con afecciones como enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, estrés y ansiedad.

En el caso de la variable apoyo social, ésta obtiene una puntuación de riesgo debido a que la percepción de soledad de la muestra investigada ha marcado como alto, estos resultados son similares a los encontrados por Carvajal & Castillo (2009) quienes señalan haber encontrado que la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable para experimentar sentimientos de soledad.

En esta investigación también podemos observar que a pesar de que el apoyo social se ha marcado como una variable de riesgo, las variables indicadores de salud se mantienen como bajo riesgo, este resultado es distinto al encontrado por Feldman, Goncálves, Chacón & Zaragoza. Donde se señala que la salud mental y el apoyo social se encuentran en relación, es decir las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social. (Feldman, Goncálves, Chacón, & Zaragoza, 2008).

Haciendo referencia a la variable resiliencia en la muestra investigada se encontró que esta variable puntúa como factor de protección, según la Asociación Americana de Psicología (2015) el desarrollo de la resiliencia, como capacidad para afrontar con éxito la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o incluso fuentes importantes de estrés, puede ayudar a manejar el estrés y los sentimientos de ansiedad e incertidumbre. (Asociación Americana de Psicología , 2015).

La resiliencia en la muestra investigada ha marcado como un factor de protección, sin embargo el apoyo social se constituye en la muestra investigada como un factor de riesgo, este resultado diere del encontrado por Leiva, Pineda & Encima en una muestra de 195 adolescentes, de entre 14 y 19 años, donde los resultados señalan que el apoyo social familiar puede explicar los niveles de resiliencia, debido a que brinda confianza en los recursos personales (2013).

La variable consumo de drogas, evaluada a través del test ASSIST en la muestra investigada ha obtenido una puntuación de 1 punto en la escala de la valores, lo cual señala que la muestra investigada no muestra consumo problemático de sustancias, este resultado es similar al encontrado en España por el Instituto de Adicciones de Madrid donde se señala que la mayor parte de los adolescentes investigados presentan un consumo ocasional de drogas (Instituto de adcciones de Madrid, 2006).

El consumo de cannabis en la muestra investigada tuvo una prevalencia de 1% de consumo diario o casi a diario, este resultado es distinto al señalado por el CONSEP señalando que el consumo diario de cannabis abarca el 8.8% de la población. (Concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotópicas, 2014).
En la muestra investigada también encontramos que el apoyo social ha marcado como variable de riesgo, sin embargo el consumo de sustancias es un factor de protección, este resultado es diferente al encontrado por Guillén & Castanheira (2010) en un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil donde se encontró que las carencias de apoyo social se relacionan con el consumo de drogas.

En cuanto a la variable encargada de evaluar la ansiedad y la depresión ha marcado como bajo riesgo con una puntuación de 3 sobre 10 en la muestra investigada, de acuerdo a la literatura los trastornos de ansiedad tienen un inicio específico en la infancia y adolescencia, por lo tanto realizar diagnósticos tempranos e intervenciones durante estas etapas de la vida son importantes para intervenciones eficaces. (Ruiz Sancho AM, 2005).

Los resultados de la muestra investigada respecto a la variable ansiedad y depresión difieren de los encontrados por Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán & Granados (2011) en adolescentes Colombianos donde se encontró que la muestra de 538 mostraba síntomas ansiosos y depresivos.

De igual manera podemos observar que tanto la variable ansiedad y depresión ha marcado como bajo riesgo, así como la variable encargada de la resiliencia ha marcado como factor de protección, esto es similar a lo expuesto por Ramírez & Hernández (2013) en una muestra no probabilística de 100 adolescentes de ambos sexos en México donde se encontró una correlación significativa negativa entre resiliencia, depresión y ansiedad.

En lo relacionado a la variable satisfacción vital en la muestra investigada se ha encontrado que es una variable protectora, respecto a este resultado la bibliografía expuesta por Aznar, Estrada, Figuer & González (2004) señala que la importancia del apoyo social de la adolescencia radica en su relación con los objetivos de vida, autoestima y en general con un desarrollo adecuado de la salud mental.

En la muestra evaluada podemos observar también que el apoyo social se constituye como una variable de riesgo, sin embargo la satisfacción vital se encuentra como variable protectora, esto difiere de lo expuesto por Chavarría & Barra (2014) donde se ha encontrado una relación entre el apoyo social y la satisfacción vital. (Chavarría & Barra, 2014)**.**

4. **CONCLUSIONES**

Mediante el análisis de la distribución de las variables asociadas a la salud mental y el consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución educativa del norte de Quito podemos señalar que dos variables se consideran en la muestra investigada como factores de riesgo:

- La personalidad Tipo A. (con una puntuación de 6 sobre 10) y
- El Apoyo Social. (con una puntuación de 6 sobre 10)

De esta manera podemos concluir que en la muestra investigada se han encontrado características de la personalidad como cualidades concretas relacionadas con la competitividad, presión de tiempo y hostilidad, relacionada a su vez con una tendencia para el desarrollo del estrés. De igual manera se concluye que la muestra investigada muestra una carencia de apoyo social representada a través de un alto nivel de soledad, esta variable se relaciona también como un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Por otro lado, cinco variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias se consideran en la muestra investigada como factores de protección: el estrés con una puntuación de 4 sobre 10, la inflexibilidad psicológica con una puntuación de 4 sobre 10, resiliencia con una puntuación de 6 sobre 10, ansiedad y depresión con una puntuación de 3 sobre 10, y finalmente la variale satisfacción vital con una puntuación de 7 sobre 10.

Por lo tanto podemos concluir que la muestra investigada no tiene síntomas de estrés significativos lo que es un indicio de buena salud mental. De igual manera el estilo de afrontamiento a través de la inflexibilidad psicológica es en la muestra investigada un factor de protección señalando un estilo de afrontamiento relacionado con la flexibilidad psicológica, lo que convierte a esta variable como un factor de protección también en el consumo de drogas. De igual manera concluimos que la muestra investigada posee herramientas para hacer frente y sobre ponerse ante las adversidades, esto indica protección para el consumo de sustancias y es un indicio de buena salud mental. Tampoco la muestra investigada tiene síntomas de ansiedad y depresión, señalando a su vez buena salud mental. Finalmente la variable de satisfacción vital nos permite concluir que la muestra investigada experimenta una satisfacción vital considerada favorable.

Debido a los indicios expuestos podemos concluir de manera general que la muestra investigada posee una buena salud mental, la distribución de las variables encargadas del consumo problemático de alcohol, consumo prudente o bajo riesgo con un 60%, consumo de riesgo con un 32%, consumo perjudicial, con el 0%, síndrome de dependencia con el 8 %, como podemos observar en la muestra marcaron puntajes significativamente inferiores a la puntuación de riesgo, por lo que podemos concluir también que la muestra investigada no se encontró consumo problemático de alcohol.

Con respecto a la variable drogas podemos verificar que se encuentra con una puntuación de 1 lo cual indica que se presenta como una variable que no representa riesgo al encontrarse bajo la media establecida.

Como conclusión final podemos manifestar que se ha obtenido resultados positivos, logrando tener una idea más clara del uso de drogas y alcohol en los adolescentes.

5. RECOMENDACIONES

- En vista que la variable de personalidad tipo A se encuentra en la muestra investigada como un factor de riesgo en lo relacionado al estrés y la salud mental se recomiendan actividades con los estudiantes que abarquen un enfoque preventivo en lo relacionado al manejo del estrés. Específicamente se podrían realizar técnicas de manejo y control del estrés y relacionarlas con elementos de la personalidad tipo A como la ira o la competitividad para realizar un trabajo conjunto de autocontrol.

- Respecto a la variable apoyo social, la cual en la muestra investigada también ha sido considerada como una variable de riesgo, se recomienda la realización de talleres de apoyo en las redes social y que involucren las redes de apoyo social, también se recomienda la realización de talleres que abarque la autoestima con los estudiantes.

- A pesar de que las variables encargadas del consumo problemático de alcohol y drogas en la muestra investigada no han sido consideradas como variables de riesgo se recomienda la realización de charlas informativas, preventivas y evaluaciones durante cada año.

- Finalmente se recomienda también la realización de talleres que refuercen la resiliencia y el estilo de afrontamiento, variables consideradas protectoras, para de esta manera brindar a los estudiantes herramientas que permitan la resolución de problemas y conflictos durante su vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arana, A. (2007). *psicologia-online.com.* Obtenido de Resiliencia: aprendiendo a sobreponerse a la tragedia y a la catástrofe personal.: http://www.psicologia-online.com/articulo/2010/05/resiliencia.shtml

Ariza, M. Á., Merino, G. A., Liñero, E. d., Martínez, R. F., Valle, E. F., Castaño, A. G., . . . González, A. L. (febrero de 2010). *guiasalud.es.* Obtenido de Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado04/definicion.html

Asociación Amerciana de Psicología . (2015). *apa.org.* Obtenido de centro de apoyo : http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx

Asociación Americana de Psicología . (2015). *American Psychological Association.* Obtenido de Home: centros de apoyo: http://www.apa.org/centrodeapoyo/recuperacion.aspx

Azor, F. (28 de agosto de 2010). *Gabinete de psicología.com.* Obtenido de http://gabinetedepsicologia.com/ansiedad-vs-depresion-psicologos-madrid-tres-cantos

Azor, P. (Agosto de 2015). *http://gabinetedepsicologia.com/.* Obtenido de Ansiedad Vs. Depresión: http://gabinetedepsicologia.com/ansiedad-vs-depresion-psicologos-madrid-tres-cantos

Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *salud y drogas*, 71-92.

Campero, R. C., & Hernandez, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saude Pública* , 425-435.

Chavarría, P., & Barra, E. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Terápia Psicológica*, 41-46.

Concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotópicas. (2014). *Prevención del Consumo.* Quito: Ministerio de Educación.

Feldman, L., Goncálves, L., Chacón, G., & Zaragoza, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico . *UNIVERSITAS PSYCHOLOGICA* , 739-751.

Fernández, D., & Díaz, M. (2001). RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE APRONTAMIENTO,SÍNDROMES CLÍNICOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD . *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 129-135.

Florezano, R. (2012). *http://escuela.med.puc.cl/.* Obtenido de Definiciones y Factores de Riesgo: http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion14/m3l14leccion.html

Forés, A. (2008). Pedagogía de la Resilencia. *Misión Joven*, 23-60.

Guillén, R., & Castanheira, L. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *LatinoÁmerica*, 598-605.

Hernández, M. (2013). La resiliencia en la salud mental. *Información Clínica* , 76-78.

Instituto de adicciones de Madrid. (2006). *Estudio sobre consumo de drogas en jóvenes y adolescentes.* Barcelona.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. (22 de Julio de 2013). Ecuador más de 900 mil personas consumen alcohol. *Diario La hora nacional*, págs. 7-8.

Leiva, L., Pineda, M., & Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes. *Revista de Psicología. Universidad de Chile*, 111-123.

Lleidó, J. (2009). *La exploración psicodinámica en salud mental.* Club universitario.

Maero, F. (S,F.). *contextualscience.org.* Obtenido de Una introducción a Terapia de Aceptación y Compromiso (Russo y Forsyth): https://contextualscience.org/una_introducci_n_a_terapia_de_aceptaci_n_y_comprom

Maruris, M., Cortés, P., Gómez, G., & Godínez, F. (2011). Niveles de estrés en una población del sur de México . *Psicología y Salud*, 239-244.

Morán, M. (9 de Mayo de 2012). *http://saludmntal.blogspot.com/.* Obtenido de Salud Mental: http://saludmntal.blogspot.com/2012/05/bienestar-subjetivo-midiendo.html

Organización Mundial de la Salud . (2008). *IESM-OMS Informe el sistema de salud mental en el Ecuador .* Quito: Organización Mundial de la Salud .

Organización Mundial de la Salud . (2013). *Salud mental: un estado de bienestar.* Ginebra : Organización Mundial de la Salud .

Organización Mundial de la salud . (2015). *who.int.* Obtenido de Temas de salud: http://www.who.int/topics/depression/es/

Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista Salud Pública* , 908-920.

Peña, A. (8 de Octubre de 2013). *creadess.org.* Obtenido de Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa: http://www.creadess.org/index.php/informate/de-interes/temas-de-interes/17300-conozca-3-tipos-de-investigacion-descriptiva-exploratoria-y-explicativa

Pons, P. J. (2015). *psicologo-barcelona.cat*. Obtenido de TIPOS DE PERSONALIDAD: http://www.psicologo-barcelona.cat/tipos-de-personalidad/

Prada, R. (24 de Febrero de 2014). *hablandodeciencia.com.* Obtenido de ¿Qué es el estrés?: http://www.hablandodeciencia.com/articulos/2014/02/24/que-es-el-estres/

Ramírez, P., & Hernández, E. (2013). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Investigación Psicológica*, 63-70.

Ramos, M. (2014). *ehowenespanol.com.* Obtenido de ¿Cuál es el significado de personalidad inflexible?: http://www.ehowenespanol.com/significado-personalidad-inflexible-info_236705/

Rodríguez, S. (2008). *Trastoronos del Comportamiento y de la personalidad Salud mental del niño de 0 a 12 años.* San josé- Costa rica: EUNED.

Rojas, F., & Goucha, M. (2012). *Seguridad Humana, prevención de conflictos y paz en américa latina y el Caribe.* Santiago: FLACSO- CHILE.

Ruiz Sancho AM, L. P. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.* Madrid: Exlibris Ediciones.

Saavedra, P. M. (2002). Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental : sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos del sexto grado. *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental : sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos del sexto grado*. Lima , Lima , Perú : Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Escuela de Post-Grado.

Shuttleworth, M. (2015). *Explorable.com.* Obtenido de Diseños de investigación: https://explorable.com/es/diseno-de-investigacion-descriptiva

Sintes, D. R. (2008). *Medicina General Integral. Volumen II Principales afecciones en los contextos familiar y social .* La Habana: Belkis Alfonso García.

Tomas, U. (30 de Octubre de 2010). *elpsicoasesor.com/.* Obtenido de Teoría de los Rasgos G. Allport: http://elpsicoasesor.com/teoria-de-los-rasgos-g-allport/

Universo, E. (28 de Noviembre de 2014). Marihuana, la droga más consumida en Ecuador. *El Universo* .

Valdiviezo, J. M. (2014). *todoesmente.com*. Obtenido de Tipos de personalidad: http://todoesmente.com/psicosomatica/personalidad-y-enfermedadPersonalidad_tipo_B

Vega Molina, G. (16 de Febrero de 2015). Asamblea Mundial de la Salud. (A. M. Salud, Entrevistador)

Vernieri, M. (2008). *Adolescencia y autoestima.* Buenos aires: Bonum.

Yanes, J. (2008). *El control del estrés y el mecanismo del miedo.* Buenos aieres: EDAF.

7. ANEXOS

7.1 FOTOS

FOTO No. 2
Aplicación cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño del Programa de Investigación.

FOTO No. 4
Aplicación cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño del Programa de Investigación.

FOTO No. 1
Aplicación cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño del Programa de Investigación.

FOTO No. 3
Aplicación cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes.
Elaborado por: Ma. Eugenia Ortuño del Programa de Investigación.

7.2 APROBACIÓN DE LAS AUTORIDADES DE LA INSTITUCIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LAS BATERIAS PSICOMÉTRICAS

UTPL

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: Quito

Yo, Hna. Lourdes Noemí Mejía Enríquez, en calidad de Rector del colegio Santa Mariana de Jesús de la ciudad de Quito 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.---------- UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANA DE JESÚS RECTORA

Fecha: 8 - Junio 2015

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

7.3 CONSENTIMIENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

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: Mgtr. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631
Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

Aceptación de la participación:

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

_____

CI_____

Firma del investigador: _____

CI: _____

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

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

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

☐ Sí quiero participar

Nombre del participante: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Fecha: _____

7.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____

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

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

10. ¿Quienes viven con usted?	☐ Madre	☐ Padre	☐ Hermanos	☐ Tios	☐ Abuelos	☐ Otros (especifique) _____
11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?:	_____					
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?:	☐ SI	☐ No				
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?:	_____					
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias? :	_____					

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gracias por su colaboración