



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución educativa ubicada en la zona 9, Distrito D-09, circuito 17D09C01_02 de la parroquia de Tumbaco, 2015.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Román Castro, Natalia del Pilar

DIRECTORA: Erique Ortega, Elsa Rosa Nora. Mgs.

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

Magister.

Elsa Rosa Nora Erique Ortega

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución educativa ubicada en la zona 9, Distrito D-09, circuito 17D09C01_02 de la parroquia de Tumbaco 2015, realizado por Natalia del Pilar Román Castro, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre de 2015

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Natalia del Pilar Román Castro declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución educativa ubicada en la zona 9, Distrito D-09, circuito 17D09C01_02 de la parroquia de Tumbaco,2015, de la titulación de psicología, siendo la Mgs. Elsa Rosa Nora Erique Ortega director (a) 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”

Firma:

Autor: Román Castro Natalia del Pilar

Cédula: 1716750615

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de fin de titulación está dedicado a mis hijos, Emilia y Miguel, motor de mi vida y mis logros.

A mis padres, Pilar Castro y Samuel Román y mi hermano Miguel Román, que con su cariño y apoyo me han inspirado profundamente para la realización de esta meta en mi vida.

A mis abuelas: Pací y Silvia que están en el cielo, por todo su amor y ayuda infinita que me ha acompañado todos los días.

A mi abuelo, Dr Miguel Ángel Castro, por su ayuda, su ejemplo de perseverancia y paciencia infinita.

A mis abuelos, Adriana Morales y Dr. Luis Montenegro, por todo su cariño y su ejemplo de lucha.

A mi tía Patricia, quien ha sabido brindarme su cobijo, ayuda y protección.

AGRADECIMIENTOS

En estas líneas quisiera expresar mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Técnica Particular de Loja por brindarme la oportunidad de obtener mi licenciatura, de manera particular a la Magister Livia Andrade, por su orientación, tiempo y dedicación. A la Mgs. Nora Eríquez O. por su gentil dirección y colaboración.

Agradezco profundamente a toda mi familia por su sostén y contribución, de manera especial a mi prima Ps. Gabriela Llanos quien ha sabido ser mi guía y apoyo.

Agradezco también el apoyo incondicional recibido de mis amigas y amigos de manera especial a María José Calero por su incesante cariño, apoyo y colaboración.

Quisiera también extender mis agradecimientos a mis compañeras y compañeros de carrera con quienes he compartido el camino a esta meta, por su amistad, ayuda y afecto. De manera especial a Daysi Guzmán, María del Carmen Ortuño y Andrea Riaño.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	5
1.1 Salud Mental	6
1.1.1 Definición de salud mental.	6
1.1.2 Factores asociados a la salud metal.	8
1.1.2.1 Personalidad.....	8
1.1.2.2 Estrés.	11
1.1.2.3 Apoyo social.....	14
1.1.2.4 Inflexibilidad psicológica.	16
1.1.2.5 Compromiso vital.....	18
1.1.2.6 Resiliencia.....	19
1.1.2.7 Ansiedad y depresión.	21
1.1.2.7.1 Ansiedad.....	21
1.1.2.7.2. Depresión	22
1.1.2.8 Satisfacción Vital.....	24
1.2 Consumo problemático de drogas	26
1.2.1 Consumo problemático de alcohol.....	30
1.2.2 Causas del consumo de drogas.....	32
1.2.3 Consecuencias del consumo de drogas.....	36
1.3 Adolescentes	38
1.3.1 Desarrollo biológico.	38
1.3.2 Desarrollo social.....	40

1.3.3 Desarrollo Psicológico	41
CAPÍTULO II METODOLOGÍA	43
2.1 Objetivos	44
2.1.1 Objetivo general.....	44
2.1.2 Objetivos específicos.....	44
2.2 Preguntas de investigación	44
2.3 Diseño de la investigación	44
2.4 Contexto de la investigación	45
2.5 Población	46
2.6 Métodos, técnicas e instrumentos de evaluación	46
2.6.1 Métodos de investigación.....	46
2.6.2 Técnicas de investigación.....	47
2.6.3 Procedimiento.....	48
2.7 Recursos	49
CAPITULO III RESULTADOS	51
3.1 Datos psicosociales	52
3.1.1 Figura 1: Sexo	52
3.1.2 Figura 2: Edad.....	53
3.1.3 Figura 3: Año de bachillerato	53
3.2 Resultados Generales	54
3.2.1 Figura 4: Bateria de instrumentos estandarizados que han sido utilizados	54
3.2.2 Tabla 1. FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14).....	55
3.2.3 Tabla 2. FRECUENCIA Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	56
3.2.4 Figura 5: Resultados del test AUDIT.....	57
3.2.5 Tabla 3. Frecuencia Type A Behavior Scale.....	58
3.2.6 Tabla 4. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short	59
3.2.7 Tabla 5. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS).....	60
3.2.8 Tabla 6. PORCENTAJES OBTENIDOS DEL TEST ASSIST	61
3.2.9 Tabla 7. FRECUENCIA Patient health questionnaire of depression and anxiety (PHQ-9)	62
3.2.10 Tabla 8. FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)	63
3.3 Resultados respecto al género femenino	64
3.3.1 Figura 6: Resultados totales de la batería de instrumentos estandarizados que han sido utilizados en el género femenino.....	64

3.3.2	Tabla 9. FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14) Para el género femenino .	65
3.3.3	Tabla 10. FRECUENCIA Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) Para el género femenino.....	66
3.3.4	Figura 7: Resultados del test AUDIT en la población femenina.....	67
3.3.5	Tabla 11. FRECUENCIA Type A Behavior Scale Para el género femenino	68
3.3.6	Tabla 12. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short Para el género femenino.....	69
3.3.7	Tabla 13. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS) Para el género femenino	70
3.3.8	Tabla 14. PORCENTAJE ASSIST Para el género femenino.....	71
3.3.9	Tabla 15. FRECUENCIA Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) Para el género femenino	72
3.3.10	Tabla 16. FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)	73
3.4	Resultados respecto al género masculino	73
3.4.1	Figura 8: Resultados totales de la batería de instrumentos estandarizados que han sido utilizados en el género masculino.....	74
3.4.2	Tabla 17. FRECUENCIA Percived Stress Scale (PSS-14) Para el género masculino	74
3.4.3	Tabla 18. FRECUENCIA Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) Para el género masculino	75
3.4.4	Figura 9: Resultados del test AUDIT en la población masculina.	77
	Elaborado por: Natalia Román.	77
3.4.5	Tabla 19. FRECUENCIA Type A Behavior Scale Para el género masculino	78
3.4.6	Tabla 20. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short Para el género masculino	79
3.4.7	Tabla 21. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS) Para el género masculino	80
3.4.8	Tabla 22 PORCENTAJE Test ASSIST Para el género masculino	80
3.4.9	Tabla 23. FRECUENCIA. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) Para el género masculino	82
3.4.10	Tabla 24. FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)	83
	CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS	84
5.	CONCLUSIONES.....	93
6.	RECOMENDACIONES.....	94
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
8.	ANEXOS	102
a.	ANEXO I CRONOGRAMA DE APLICACIÓN DE LA BATERÍA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS.....	102

b. ANEXO II. BATERÍA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS	108
c. ANEXO III. FOTOGRAFÍAS DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS.....	111

RESUMEN

La presente investigación Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental y el Consumo de Sustancias en Estudiantes de primero y segundo de Bachillerato de una Institución Educativa de la parroquia de Tumbaco 2015, tiene como objetivo el análisis de la distribución de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias en 102 estudiantes, 42 hombres y 63 mujeres de entre 14 y 17 años de edad, el diseño metodológico utilizado fue el método descriptivo donde la recolección de datos fue dada por un muestreo casual incidental no probabilístico, utilizando una batería constituida por diez instrumentos psicológicos basados en escalas psicométricas aplicados mediante encuesta para la medición de las variables. Los resultados principales encontrados señalan que en la muestra investigada las variables indicadores de consumo problemático de sustancias son protectoras, al igual que las variables indicadores de salud mental, por lo tanto se concluye que esta muestra no se manifiesta un consumo problemático de sustancias y revela una buena salud mental.

PALABRAS CLAVES:

Variables psicosociales, salud mental, consumo de sustancias, método descriptivo, muestreo casual.

ABSTRACT

This research Analysis of Psychosocial Variables Associated with Mental Health and Substance Abuse Students in first and second degree from an educational institution of the parish of Tumbaco 2015, aims to analyze the distribution of associated psychosocial variables mental health and substance use in 102 students, 42 men and 63 women between 14 and 17 years of age , the methodological design used was descriptive method where collection Data were given by a non-probability sampling incidental casual, using a battery consisting of ten psychological instruments based on psychometric scales applied by measuring survey variables. The main results show that in the investigated sample variables indicators of problematic use of substances are protective, like variables indicators of metal health therefore conclude that this shows a problematic use of substances are not manifested and revealed good mental health.

KEYWORDS:

Psychosocial variables, mental health, substance use, descriptive method, random samplin

INTRODUCCIÓN

La presente investigación Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental y el Consumo de Sustancias en Estudiantes de primero y segundo de Bachillerato de una Institución Educativa de la parroquia de Tumbaco 2015, tiene como objetivo el análisis de la distribución de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias en 102 estudiantes, 42 hombres y 63 mujeres de entre 14 y 17 años de edad, pertenecientes a una institución educativa particular de la parroquia de Tumbaco.

El informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe generado por la OPS señala que un tercio de los países y territorios no poseen políticas y planes en torno a la salud mental ni leyes específicas en torno a la misma, señala también que muchos países aún tienen un sistema hondamente centralizado en los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo escaso de los servicios de atención a nivel primario o secundario. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). Tomando en cuenta nuestra realidad, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala que la cifra de egresos hospitalarios por problemas relacionados con la salud mental en el año 2013 fueron de 369.634, relacionándose estos problemas a su vez con factores de riesgo social, como la propensión a enfermedades infecciosas, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias psicotrópicas (Ministerio de salud Pública del Ecuador [MSP], 2013)

En lo relacionado al consumo problemático de sustancias, el Informe Mundial sobre Drogas 2014 *presentado por la OMS señala que existe* prevalencia estable en el consumo de drogas alrededor del mundo, se informa también que existen alrededor de 27 millones de consumidores de drogas problemáticas, a nivel mundial, equivalente a una de cada 200 personas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014) En el Ecuador, el CONSEP señala que el consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas abarcaría a unas 300 mil personas y que la edad promedio del consumo sería de 14.3 años, siendo la población adolescente un grupo de riesgo considerable. (Concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotópicas [CONSEP], 2014).

El motor que ha guiado la presente investigación es el reconocimiento de la salud mental como un elemento fundamental dentro del desarrollo saludable de los pueblos y naciones, relacionada directamente con el buen vivir y el desarrollo. Por lo tanto, las dificultades asociadas a la misma se consideran una responsabilidad académica y social ya que intervienen en diversos ámbitos del desarrollo individual y social.

Tomando en cuenta esta problemática, la presente investigación plantea el análisis de los factores psicosociales relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias con la finalidad de realizar un estudio que permita la detección de variables psicosociales asumidas como factores de protección y factores de riesgo desde un enfoque psicológico integrativo que facilite el accionar preventivo en estas áreas.

Este trabajo de investigación se ha realizado cursando tres grandes capítulos que se exponen a continuación:

En el capítulo I se ha realizado el marco teórico, que contiene una valoración y estudio de los factores psicosociales relacionados con la salud mental, el consumo de sustancias y el desarrollo de las y los adolescentes, analizando las siguientes temáticas: Definición de la salud mental, factores asociados a la salud mental como personalidad, estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad, depresión y satisfacción vital. Consumo problemático de alcohol y de drogas, causas del consumo de drogas y consecuencias del consumo de drogas. Sobre el desarrollo adolescente, se desarrollaron temas concernientes al desarrollo biológico, desarrollo social y desarrollo psicológico. En el capítulo II se ha abarcado el tema metodológico, que comprende los objetivos de la investigación, el contexto de la investigación, las unidades de análisis o muestra delimitada, los métodos técnicas e instrumentos de evaluación, el procedimiento y los recursos empleados durante el proceso investigativo, así como la tabulación de datos mediante la matriz estadística. El diseño metodológico utilizado fue el método descriptivo donde la recolección de datos fue dada por un muestreo casual incidental no probabilístico, utilizando una batería constituida por diez instrumentos psicológicos basados en escalas psicométricas aplicados mediante encuesta para la medición de las variables. El procedimiento del diseño de investigación trata de la distribución de las variables relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias en una muestra delimitada, para después realizar un análisis descriptivo de tendencias relacionales hacia las variables estudiadas. Alcanzando de esta manera el cumplimiento de los objetivos propuestos. La realización de esta investigación no ha presentado dificultades ni inconvenientes representativos, se ha realizado en base a la colaboración activa y gentil de las y los estudiantes participantes, la institución educativa investigada y la Universidad Técnica Particular de Loja. El capítulo III comprende la realización de la descripción, análisis y discusión de los datos obtenidos sobre las variables investigadas a partir de la investigación de campo y el procesamiento en la matriz estadística, este capítulo comprende también la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Salud Mental

1.1.1 Definición de salud mental.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013, párr.1).

Vista desde esta perspectiva la salud mental es un estado de bienestar imprescindible para el desarrollo individual y social. En este contexto y para evitar reduccionismos, es importante señalar la aclaración que la OMS realiza afirmando que “La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países” (OMS, 2011 párr.3). Por estas razones consideramos a la salud mental como un elemento crucial en el estado y desarrollo del bienestar, tanto en lo individual como en lo colectivo, relacionada directamente con el progreso, por lo tanto los temas de promoción y desarrollo de la misma deben ser variables consideradas dentro de todas las naciones.

La Organización Panamericana de la Salud, reconoce también la importancia y valor de la salud mental, al señalarla parte significativa para la realización de la felicidad, y la seguridad de todos los pueblos. En correspondencia con la OMS señala "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OPS, 2000,párr.4).

Reflexionando sobre la relevancia de la salud mental, se concibe necesario sea entendida en relación al entorno psicosocial de los seres humanos, debido a que los impulsos individuales y los del contexto socio cultural se encuentran en constante dinamización e influencia mutua. Vale la pena entonces tomar todas estas consideraciones psicosociales y culturales para realizar una definición más amplia y gratificante, considerando menester que el tema de la salud mental forme parte del sistema de salud pública y buen vivir de todas las naciones, adoptando un enfoque comunitario, inclusivo e intercultural respecto a la salud mental.

El Plan nacional para el buen vivir de la República del Ecuador (2009-2013) dentro de sus objetivos sostiene dentro de la Política 3.2 “Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, especialmente para prevenir comportamientos violentos” (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2009-2013, pág. 203). De esta manera podemos señalar que en nuestro país la definición

de salud mental se encuentra concebida dentro de las alineaciones de políticas estatales para el desarrollo, considerada como parte esencial del progreso.

En la constitución de la República del Ecuador también se asegura el derecho a la salud para todas y todos los ecuatorianos, garantizando el derecho a la salud mental como deber primordial del Estado. Esto es comprendido en el artículo 32.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

La ley Orgánica de la Salud de la República del Ecuador también respalda el derecho a la salud mental señalando en el artículo tres:

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (Ley Orgánica de la Salud, 2012, pág. 1).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008) en concordancia con la OMS concibe a la salud mental como un estado completo de bienestar que va más allá de la ausencia de enfermedades. De esta manera se propone el modelo de atención de salud mental, dentro del marco del modelo de atención integral de la salud (MAIS) con enfoque familiar, comunitario e intercultural, donde la salud mental se concibe como un estado de desarrollo integral de las personas, constituido por diversos factores (físicos, cognitivos, emocionales, ideológicos, religiosos,) que permiten la adecuada adaptación y establecimiento de relaciones personales e interpersonales.

La necesidad de un trabajo integrado y con enfoque preventivo en el tema de salud mental se pone en manifiesto cuando nos enfrentamos a las estadísticas. El MAIS señala que “las cinco principales causas de mortalidad, algunas relacionadas con la salud mental, son: accidentes de tránsito, agresiones (homicidios), cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, lesiones auto-infligidas intencionalmente (suicidio)”. (MSP,2008, pág. 19).

Debido a la importancia de la relación entre salud mental y bienestar resulta menester para toda la sociedad abarcar este concepto como parte integral del desarrollo y, es importante realizar un análisis del concepto de manera holística e integrativa tomando en cuenta los factores asociados a la misma.

1.1.2 Factores asociados a la salud mental.

1.1.2.1 Personalidad.

Para Cloninger (2003) la personalidad se define como “causas internas que subyacen al individuo y a la experiencia de la persona” (pág. 3).

Para Zepeda (2008) la personalidad es la conjunción de características heredadas y ambientales, el temperamento y el carácter, existiendo una integración dinámica de estos factores biológicos y sociales que estructuran la personalidad.

En las definiciones de estos autores podemos encontrar que la personalidad es constituida por características internas y externas, sin embargo la personalidad es un tema complejo que ha sido abarcado desde distintas teorías y corrientes psicológicas, por lo tanto existen diversas definiciones de la personalidad según el enfoque de las diversas corrientes psicológicas.

Para el psicoanálisis “La personalidad está fuertemente influida por determinantes inconscientes” (Cloninger, 2003, pág. 29). Desde esta perspectiva la personalidad se estructura a partir de la noción del inconsciente y se conforma por tres estructuras (yo, superyó y ello) que corresponden a estado consciente, pre consciente e inconsciente, respectivamente. Las estructuras de la personalidad interactúan dinámicamente para el desarrollo de los individuos que se genera a través de cinco etapas psicosexuales.

A diferencia del psicoanálisis, Erickson (1968) como se citó en Cloninger (2003) señala que la personalidad se desarrolla a través de una secuencia de desarrollo psicosocial, que transcurre en ocho etapas psicosociales constituidas a través de ocho grandes crisis a lo largo de la vida.

Allport en su teoría personológica de los rasgos señala que “la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”. Allport (1937) como se citó en Cloninger (2003, pág.202). Allport en concordancia con Zepeda (2008) señala que existen influencias biológicas y ambientales en la estructura de la personalidad.

Para Zepeda (2008) El temperamento es la parte de la personalidad que se hereda, único en cada persona y el producto de actividades nerviosas y endocrinas que las personas no controlan conscientemente. Zepeda señala también que el carácter de una persona “es el conjunto de sus reacciones y sus comportamientos frente a situaciones externas” (pág.315). El carácter sería la base de la personalidad que se aprende, que se encuentra conformado por el ambiente familiar, contexto social y de educación.

Allport (1937) como se citó en Cloninger define al rasgo de personalidad como la unidad primaria de la misma, señala además “el rasgo es un sistema neuropsíquico, generalizado y focalizado (peculiar al individuo), con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente equivalentes y para iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva” (pág. 205). Enfatizando en esta definición el componente psicofísico de el rasgo de personalidad.

El DSM-IV define a los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales". (Picho, López, Aliño, & Miyar, 1995, pág. 657).

El modelo de predisposición constitucional intenta exponer la relación entre comportamiento y salud a partir de los rasgos temperamentales y de carácter que determinan la forma de proceder de los seres humanos. (Moreno Jiménez, Garrosa Hernández, & Gálvez Herrer, 2005). Esta teoría señala que “la disposición de la personalidad tiene un fuerte origen constitucional y la predisposición constitucional aumenta la susceptibilidad a los patógenos externos” (Guadalupe, 2010) De esta manera se pueden asociar rasgos de personalidad con características patológicas

Los cardiólogos Friedman y Rosenman (1959) como se citó en Lahan (2007) “permitieron la formulación de un patrón de conducta con tendencia a desarrollar la enfermedad coronaria que denominaron comportamiento tipo A” (Párr.5).

Las características asociadas a estos comportamientos son: impaciencia, competitividad, baja tolerancia a la frustración y hostilidad, señalándose además que estas características de la personalidad se ven relacionadas con patologías como el tabaquismo, ansiedad e hipertensión arterial (Laham, 2007).

Moreno Jiménez, et al asocian también las características de personalidad tipo A con una reactividad fisiológica exagerada a los estresores de la vida. Las personas que muestran el perfil de personalidad tipo A se caracterizan por una implicación laboral extrema, urgencia de tiempo, impulsividad y competitividad, necesitan del éxito y el reconocimiento social de una forma

constante. La competitividad y hostilidad que caracteriza a las personas que poseen este perfil de personalidad definen un perfil cognitivo que provoca el desarrollo de sentimientos y percepciones de amenaza lo cual, a su vez, provoca respuestas como el aumento de la presión sanguínea y el aumento de la tasa cardíaca. (2005).

En este sentido Moreno Jiménez, et al. (2005) hacen un análisis entre personalidad tipo A y salud mental, señalando que la hostilidad característica de la personalidad tipo A forja sentimientos de ira los cuales se asocian a un aumento del sistema nervioso simpático, responsable de la de presión arterial, presentando a su vez conductas de desconfianza e irritabilidad las cuales desencadenan un estado constante de hipervigilancia.

Al respecto de la personalidad tipo b o patrón de conducta tipo b se señala que se encuentra relacionada con rasgos de personalidad como tranquilidad, relajación y asertiva. Al contrario del patrón de conducta tipo A existe menor reactividad fisiológica ante el estrés, sin necesidad del éxito permanente. (Pulido & Fonseca, 2009)

El patrón de Conducta de tipo C presenta rasgos de personalidad como inhibición o supresión de emociones negativas, dificultad para afrontar el estrés. Este patrón de conducta se encuentra relacionado con enfermedades cancerígenas o crónicas. (Anarte, López, Ramírez, & Esteve, 2000).

En lo referente a los trastornos de personalidad como afecciones de la salud mental el DSM-IV define al trastorno de la personalidad como un

patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto. (Picho, López, Aliño, & Miyar, 1995, pág. 656).

Para Sue, Wing, & Sue (2012) un trastorno de la personalidad es un “trastorno que se caracteriza por rasgos de la personalidad inflexibles, duraderos e inadaptados que causan un deterioro funcional significativo, angustia subjetiva o una combinación de ambas en el individuo” (pág. 202). Sue, Wing, & Sue señalan también la importancia de la noción de inflexibilidad psicológica al referirse a los trastornos de personalidad, debido a que éstos se caracterizan por patrones de respuesta en extremo inflexibles y permanentes, es decir sin que el individuo pueda modificarlos.(2012).

Es en este sentido también señalar en este sentido la importancia de la etapa adolescente, ya que Weston & Riolo (2007) señalan que la generalidad de los trastornos de la personalidad son evidenciados en la adolescencia.

Los trastornos de la personalidad involucran pensamientos y conductas que afectan la salud mental, impidiendo el desarrollo de una vida plena y generando repercusiones a nivel individual y colectivo. Los criterios para el diagnóstico de un trastorno de personalidad según el DSM-IV involucran que el patrón de comportamiento se desvíe de la cultura en dos o más áreas del aspecto cognitivo, afectivo, funcionamiento social y control de impulsos, que contenga rasgos inflexibles y generalizados a situaciones sociales, así como deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral o aflicción subjetiva acompañada de ansiedad, que el patrón de comportamiento sea estable por un tiempo y se prolongue a lo largo del mismo y que los comportamientos no se limiten a un suceso de enfermedad físico y mental. (Picho, López, Aliño, & Miyar, 1995). De esta manera se puede evidenciar también que el entorno cultural es de suma importancia dentro del criterio para diagnosticar trastornos de la personalidad.

1.1.2.2 Estrés.

La primera definición relacionada con el estrés fue dada por el médico Hans Selye, citado por Pose (2013) quien señala que el estrés es " una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico." (párr. 1).

La Organización Mundial de la Salud define al estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". (OMS, 2013, párr.2).

En cuanto a los mecanismos fisiológicos involucrados en el estrés Pose (2014) señala que

el estrés se origina debido a la estimulación del Sistema Nervioso y en la descarga de adrenalina por las glándulas médula suprarrenales que se produce cuando hay agresiones, ya que este proceso autónomo provoca a su vez modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para la defensa. (párr.9).

De esta manera podemos apreciar que el estrés vendría a ser una respuesta fisiológica natural de los organismos, generada cuando se evidencia un peligro inminente que prepara al cuerpo para la huida y por ende la supervivencia de la especie.

Según Pose existen como reacciones de los individuos dos tipos de estrés. El estrés positivo que se origina cuando las respuestas son apropiadas al estímulo, y el estrés negativo que se da cuando las demandas ambientales se perciben como excesivas (2014). De esta manera podemos señalar que un elemento clave para entender el efecto del estrés sería el estado de equilibrio interno que regula la información del medio ambiente así como las respuestas que se den ante la misma.

Existen diversas posturas en relación a las causas que originan el estrés.

- Las teorías basadas en la respuesta propuestas por Hans Selye (1979) citado por Valera, Pol & Vidal sostienen que el estrés se origina cuando existe una “alteración en el equilibrio del organismo causada por la acción de un agente externo o interno y el organismo reacciona ante esto de forma extraordinaria para restaurar dicho equilibrio” (Pág. 4). Esta teoría enfatiza el tipo de respuesta como desencadenante del estrés.
- Las teorías basadas en el estímulo de Everly (1978) citado por Valera, Pol & Vidal señalan que el estrés se origina como respuesta a los estímulos ambientales o estresores. En este sentido existen dos tipos principales de estresores, los psicosociales que se convierten en estresores a través de la interpretación cognitiva de la persona. Y los biológicos que son estímulos que producen cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo generando la respuesta estresora, por ejemplo el ruido intenso (2010).
- Las teorías interaccionales Lazarus & Folkman (1984) citado por Valera, Pol & Vidal destacan el papel de los factores cognitivos como mediadores entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés, existiendo de esta manera una correlación entre la persona y la situación “que se produce cuando la persona valora que las demandas gravan o exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar” Cánovas (1991) citado por Valera, Pol & Vidal (2010, pág.17)

Según la APA el estrés se torna crónico y afecta a la salud cuando se genera un desgaste que ocasiona estragos a largo plazo, surge cuando las personas abandonan la posibilidad de las soluciones. La APA señala además que el origen del estrés crónico puede provenir de “experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes constantemente”. (American Psychological Association [APA], 2015, párr.16)

De esta manera se puede observar como el nivel de factores estresantes y el nivel de respuesta se relaciona directamente con la salud física y mental. En este sentido la APA señala que

El exceso de estrés puede causar, además, graves daños emocionales. La gente puede superar bien episodios leves de estrés sirviéndose de las defensas naturales del cuerpo para adaptarse a los cambios. Pero el estrés crónico excesivo, es decir, aquél que es constante y persiste por un largo período de tiempo, puede ser extenuante tanto en lo físico como en lo psicológico. (APA, 2015,párr.2).

Sánchez (2014) señala que existe una relación negativa entre estrés y salud mental. Debido a que el estrés puede dejar secuelas asociadas con la afectación a la memoria de trabajo, depresión y la capacidad de aprendizaje tanto a corto como a largo plazo, debido a la dificultad para el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones. La APA señala a este respecto también que la costumbre es el peor aspecto del estrés crónico y las posibles consecuencias del mismo son el suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer. Se señala además que el estrés perjudicial se encuentra relacionado con la personalidad tipo A, esta relación es puesta en evidencia cuando el estrés agudo episódico nace de la preocupación incesante de percibir el mundo como un lugar peligroso y poco gratificante. Esto lleva a la tensión, ansiedad, depresión y hostilidad. (APA, 2015).

Podemos observar también que además de existir una relación negativa entre salud mental y estrés, también existen trastornos relacionados con el estrés. El trastorno de estrés postraumático como resultado de un trauma físico o psicológico es “un trastorno que se caracteriza por ansiedad, disociación y otros síntomas que duran más de un mes y que ocurren como resultado de la exposición a un evento traumático” (Sue, Wing, & Sue, 2012, pág. 176). Por otro lado el trastorno por estrés agudo a diferencia del trastorno por estrés traumático se origina por la exposición a un estresor traumático, se define como “trastorno que se caracteriza por síntomas de ansiedad y disociaciones que ocurren durante el mes posterior a la exposición a un estresor traumático”. (Sue, Wing, & Sue, 2012, pág. 176). El DSM-IV posee los mismos criterios diagnósticos para ambos trastornos, que se relacionan con exposición a un evento o estresor traumático, existencia de angustia intensa en relación al suceso, insensibilidad emocional o evitación del estímulos asociados, alerta constante del sistema nervioso autónomo (sueño, irritabilidad, impulsos agresivos). Se señala además la importancia de la magnitud del estresor para el desarrollo de estos trastornos, al igual que se señalan factores de riesgo como la sensibilización del sistema nervioso autónomo y la presencia de rasgos relacionados con la angustia y la depresión.

Existen también trastornos físicos por estrés, denominados también trastornos psicobiológicos, estos trastornos generan proceso de enfermedades reales como asociación entre estresores que generan cambios psicológicos y físicos. Entre las más importantes se destaca la enfermedad coronaria, la hipertensión, migrañas, cefaleas tensionales y cefaleas en racimo donde el estrés desempeña influencias físicas y psicológicas. (Sue, Wing, & Sue, 2012).

La influencia del estrés sobre la biología humana radica principalmente en la disminución del sistema inmunológico mediante la liberación de neuro-hormonas (epinefrina, noradrenalina, catecolaminas y cortisol) estas neuro-hormonas preparan al cuerpo para el peligro y la huida mediante la activación del sistema nervioso simpático que impiden el funcionamiento inmunológico y la disminución de las endorfinas relacionadas con las sensaciones de bienestar. Cuando el estímulo pasa pero el cuerpo sigue experimentando este estado se puede generar un deterioro físico y por lo tanto desarrollar un trastorno psicofisiológico. (Sue, Wing, & Sue, 2012).

Maddi (2012) Señala también que las características psicológicas y de personalidad funcionan como mediadores a los efectos de los estresores. La depresión puede influir en el funcionamiento fisiológico, debido a que los síntomas depresivos se relacionan también con irregularidades del sistema nervioso autónomo, esto es similar a lo expuesto por Jiménez-Torres, Martínez, Miró, & Sánchez (2012) quienes mediante una investigación a 510 personas llegaron a la conclusión que el estrés percibido se relaciona con el estado de ánimo negativo.

La percepción de control sobre un determinado ambiente, la percepción de autoeficacia para el cambio relacionada con la flexibilidad psicológica y el optimismo funcionan como mediadores en la mitigación del estrés.

1.1.2.3 Apoyo social.

Para House (1981) citado por Durá & Garcés (1991) el apoyo social es “una transacción real entre dos o más personas, en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración” (pág.258). La definición de apoyo social dada por House señala la importancia de la presencia de personas significativas, que provean apoyo físico y psicológico importante para el desarrollo de las personas.

Para Gracia, Herrero, & Musitu el apoyo percibido y recibido dentro del apoyo social hacen referencia a los niveles de dimensión del apoyo social. La dimensión objetiva en este sentido

serían las relaciones concretas que las personas establezcan con su entorno y, la dimensión subjetiva sería la evaluación personal que cada persona hace de esta ayuda recibida. Tanto la dimensión objetiva como la subjetiva tienen importancia en las relaciones de bienestar que sean establecidas (1995).

Respecto a los ámbitos del apoyo social Gracia et, ál (1995) señala que en un primer nivel de apoyo estaría la comunidad, que genera sentimientos de pertenencia a este grupo social. En un segundo nivel estarían las redes sociales que generan sentimientos de vinculación más estrechos y, en un tercer nivel se encuentran las relaciones íntimas que derivan en el compromiso.

Sobre los niveles de las relaciones interpersonales Gracia et, ál señalan también que un primer nivel de análisis se centraría en el número y poder de las relaciones que resulten significativas, haciendo referencia a las características estructurales de la red social. En un segundo nivel estarían las relaciones de calidad, influyendo éstas directamente sobre el bienestar psicológico. En un tercer nivel de análisis se relaciona al apoyo social como la ayuda percibida, en este caso se analiza la percepción de la ayuda o presencia por parte de las otras personas significativas. En un cuarto nivel de análisis se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo. (1995).

La frase de Maslow “hacerse con los demás” (Citado por Cloninger, 2003.Pág. 447) expresa la importancia de la satisfacción de las necesidades de pertenencia para el desarrollo afectivo, pilar importante de la salud mental y bienestar. Roda & Sánchez (2001) plantean dos direcciones en los efectos del apoyo social relacionado con la salud mental. La primera es conocida como la hipótesis del efecto, la cual sostiene que el apoyo social mantiene un efecto directo sobre la salud y el bienestar, de manera independiente. La segunda es la hipótesis del efecto de amortiguación, la cual señala que el apoyo social es moderador de otros factores que influyen en el bienestar, como los acontecimientos vitales que generan estrés.

Desde el inicio de la vida humana el apoyo social se encuentra conformado para la supervivencia de la especie, sin cuidados y expresiones de afecto necesarias no podría darse el desarrollo saludable de los seres humanos, el apoyo social es sin duda alguna una característica indispensable para la vida saludable, ya que involucra sentimientos necesarios para el desarrollo como sentirse amado y valorado.

La importancia del apoyo social sobre el bienestar de los seres humanos es evidenciada también en un estudio realizado por Marrero & Carballeira (2010) quienes señalan que las personas con

mayor percepción de apoyo social se sienten más satisfechas con su vida en general y muestran mayor ajuste psicológico. Señalando además que lo más relevante en lo relacionado al apoyo social no son la cantidad de fuentes de apoyo sino la calidad de las mismas.

Dada la importancia de este concepto en el desarrollo mental saludable de los seres humanos y, tomado en cuenta también como un factor de protección psicológico, la OMS recomienda el apoyo social a las personas que se consideren vulnerables para de esta manera generar redes de apoyo comunitarias, tan importantes para el desarrollo psicológico saludable de la colectividad. (OMS,2015).

1.1.2.4 Inflexibilidad psicológica.

Según Salgado (2015) la inflexibilidad psicológica se determina como la incapacidad para armonizar la conducta con los fines deseados, esto involucra también no poder cambiar un comportamiento cuando es necesario. Por lo tanto es un momento de inactividad psicológica, resistencia al cambio, aunque este cambio pudiera resultar beneficioso.

Para Blasco (2015) La inflexibilidad psicológica se relaciona con la rigidez psicológica y conductual influyendo directamente en el desempeño social, de esta manera se da una relación entre inflexibilidad psicológica y dificultades de adaptación, esto se debe a los conflictos para encajar en los contextos, y la falta de empatía que surgen precisamente debido a la falta de flexibilidad.

Existe a su vez, una relación entre la inflexibilidad psicológica y el temor a la modificación o cuestionamiento respecto de los rasgos inflexibles. Siguiendo esta línea, la inflexibilidad sólo podrá considerarse como una cualidad del pensamiento cuando se ofrezca resistencia a un cambio que se hace necesario objetiva o subjetivamente. “Ser rígido no es mantener posturas estables frente a situaciones que lo ameriten, sino, mantenerlas cuando lo que se impone o desea es la variación, el cambio” (Carrillo, Oliva, & Tuero, 2014, pág. 2).

Para Luciano, Páez, & Valdivia la inflexibilidad psicológica está relacionada con la necesidad de no tener contacto con los malestares o para escaparse de los mismos, resultando en patrones destructivos con un resultado, a la larga de insatisfacción personal (2010).

Blasco señala entonces que la inflexibilidad psicológica se relaciona con problemas de ansiedad, a este respecto se señala “las personas rígidas padecen de ansiedad de forma constante, esta incapacidad de adaptarse es el principal responsable”. (Blasco, 2015, pág. 2).

La inflexibilidad psicológica ha sido asociada también al trastorno de evitación experiencial, el mismo que “es un patrón inflexible que consiste en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados.

Estos enfoques son similares al expuesto por Riso (2012) quien señala también que la inflexibilidad psicológica propiciaría el desarrollo de trastornos psicológicos y además perturba el entorno social de las personas.

Por lo tanto podemos señalar que los rasgos de personalidad inflexible son rasgos que se resisten al cambio, esto es debido a que existe una incapacidad para flexibilizarse al cambio. “En términos psicológicos, uno de los aspectos clave de la falta de flexibilidad es su centralidad, que se encuentra en el núcleo de sentido de sí mismo de una persona inflexible, y todos los demás procesos y rasgos están subordinadas a ella”. (Gantiva Diaz, Rodríguez Materón, González Bobadilla, & Maldonado, 2011, pág. 2). En este sentido la inflexibilidad “se refiere a la incapacidad de cambiar los rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento para adaptarse a situaciones cambiantes, lo que hace difícil para funcionar socialmente”. (Basantes, 2015, pág. 1)

Por otro lado, Carrillo et ál. Señalan que la flexibilidad psicológica es el conjunto de habilidades que permiten cambiar los esquemas de pensamiento y conducta hacia lo que resulte generador de bienestar o favorable. También se relaciona con la creatividad de buscar varias vías de solución ante problemas o conflictos. Ser flexible entonces no se trata de cambiar por cambiar, sino, hacerlo cuando resulte necesario como un proceso de desarrollo consciente; pasando de herramienta para alcanzar un resultado a objetivo final de la actuación. (2014).

Para Brito, et al. (1987) como se citó en Zaldívar, Sosa, López la flexibilidad brinda la posibilidad de cambiar los medios de solución cuando resulten inadecuados. Da a las personas la capacidad para encontrar nuevos caminos de reflexión (2010).

Para Riso (2012) La flexibilidad psicológica también define un estilo de vida de las personas y se ajusta a la adaptación, permitiendo cambios constructivos para una mejor calidad de vida. De esta manera la flexibilidad psicológica se extiende más allá de la mente individual, yendo a la construcción del espacio social y la mejoría de las relaciones, funciona también como un factor importante de protección respecto a la salud mental.

1.1.2.5 Compromiso vital.

Para Fernández (2004) El compromiso vital hace referencia a la implicación y direccionamiento de la conducta hacia las metas de vida y valores personales. Es el entorno psíquico personal que incluye todas las acciones objetivas y subjetivas que se asuman en función del mismo.

Según Rodríguez (2009) El compromiso vital se encuentra relacionado con el espacio vital y toda manifestación de conducta se encuentra en función de este espacio vital. El espacio vital a su vez, se encuentra compuesto por todos los factores psicológicos y sociales de una persona. En concordancia con estos postulados Fernández (2004) define al espacio vital como

El conjunto de los acontecimientos o hechos que determinan el comportamiento de un individuo concreto en un momento dado. El espacio vital representa la totalidad de la realidad psicológica y contiene todos los hechos posibles que determinan el comportamiento de un individuo. (Fernández, 2004,párr.8).

El compromiso vital entonces se relaciona directamente con las percepciones personales respecto del espacio vital y los compromisos que se vayan adquiriendo con el mismo, interviniendo de esta manera las constituciones psicológicas y socioculturales en la estructuración del mismo y, por ende en la constitución de bienestar y salud mental. De igual manera, el compromiso vital se relaciona también con el compromiso de las metas personales y los valores personales en virtud de las metas sean elegidos.

Para Frankl el compromiso vital es de importancia fundamental para el desarrollo psicológico saludable. (Citado por Córdoba, 2007). De esta manera la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle sentido a la vida tal cual es y su sentido existencial, desde este punto de vista, la logoterapia propuesta por Frankl plantea la posibilidad que cada individuo pueda determinar su existencia y cuál es su misión existencial a través del proyecto de vida. (Córdoba, 2007)

De esta manera, se puede señalar que el compromiso vital tiene una relación dinámica e importante con el bienestar y, el bienestar psicológico es un elemento clave para determinar el nivel de la salud mental, este sentido se señala que “el bienestar psicológico constituye, pues, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos

valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida". (Viera, López, & Barrenechea, 2007, pág. 35).

Para Viera, López & Barrenechea (2007), cuatro factores importantes para la salud mental son considerados igualmente importantes en el desarrollo del compromiso vital: el autoconcepto, la autoconciencia, el autoestima y la autoeficacia. A su vez estos factores se encuentran relacionados, tanto entre sí mismos, como con el compromiso vital o sentido y compromiso que cada persona le otorga a su vida, éste a su vez se une con el sentido de propósitos e intenciones de vida.

1.1.2.6 Resiliencia.

Para Manciaux et ál.(2001) la resiliencia es la capacidad de los seres humanos para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas.

Para Bolwby (1992) citado por Muñoz & Sotelo (2005) la resiliencia es "resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir" (pág. 112).

La resiliencia entonces "sería una capacidad global de la persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o para recuperarlo en otras condiciones". (Trujillo, 2012, párr.12). De esta manera el significado de resiliencia se relaciona primero con la facultad de recuperarse ante las adversidades y traumas que se hayan generado y, por otro lado se relaciona también con la capacidad para levantar y mantener conductas positivas a pesar de circunstancias adversas.

Es importante considerar dentro de las construcciones psíquicas de las personas a las construcciones socio culturales y de la colectividad, de modo que una definición más amplia en este sentido permite estipular a la resiliencia 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. Se le considera operacionalmente como el resultado de la puesta en práctica de mecanismos de adaptación para enfrentar adversidades. (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2013,párr.2).

Es importante señalar que este componente adaptativo de la resiliencia se relaciona con conservar o recuperar la homeostasis en condiciones de estrés o de adversidad. (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2013).

Bobes (2015) sin embargo señala que es importante señalar que las conductas adaptativas, aunque necesarias para la comprensión de este proceso, no son suficientes para definir a la resiliencia. La fortaleza mental se encuentra también íntimamente relacionada con este proceso.

Para Rutter, citado por Muñoz & Sotelo la resiliencia no es un atributo innato, ni adquirido, la resiliencia es un proceso interactivo que se da entre los individuos y el medio psicosocial, de esta manera el desarrollo de la resiliencia se da a partir de las interacciones entre las capacidades de la persona y el medio, en este sentido para el desarrollo y conformación de la resiliencia en la niñez las interacciones activas entre familia, escuela, comunidad y cultura son de vital importancia (1995).

La resiliencia en lo relacionado a situaciones de conflicto, permite que las emociones positivas actúen favoreciendo el desarrollo del proceso resiliente. De esta manera la resiliencia nos provee de la capacidad de flexibilizar el pensamiento, equilibrar las tendencias depresivas, la capacidad creativa, la capacidad de resolver problemas interpersonales; de autoestima y los vínculos de apego que hayan forjado a lo largo de nuestra vida. (Greco, Morelato, & Ison, 2006)

En lo que respecta a la salud mental, la resiliencia al ser la capacidad que permite a los seres humanos sobreponerse a las adversidades, es un factor preventivo, protector y coadyuvante en el desarrollo de una óptima salud mental.

La OMS en su campaña de promoción de salud mental señala a la resiliencia como un factor significativo para el desarrollo de la salud mental, relacionado con la prevención. (OMS, 2004). A su vez la Organización Panamericana de la salud señala también que la resiliencia actúa como una fuerza protectora en el sentido de que desarrolla la aptitud para “analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces” (OPS,2004, pág. 1).

En este sentido de la prevención ante conductas de riesgo el proceso de resiliencia nos permite la capacidad de oponer resistencia a las adversidades para encontrar el equilibrio psicológico y bienestar y, sobretodo produce y promociona la salud mental.

Para Guillén (2005) la adolescencia es un periodo de transición importante que incluye una diferenciación psicosocial del medio familiar, resignificación las relaciones afectivas, donde además se incluyen los grupos de pares. Debido a que durante esta etapa se ofrecen posibilidades y riesgos el desarrollo y reafirmación de la resiliencia es indispensable en esta etapa, para construir en un desarrollo que permita hacer frente a las adversidades.

Para Gómez (2000) los factores identificados para el desarrollo de la resiliencia en la adolescencia son: El apoyo social y redes de apoyo en torno al adolescente caracterizadas por una aceptación incondicional con los referentes significativos de afecto, coherencia y fortaleza del compromiso vital y las metas de vida, aptitudes sociales, capacidad para resolución de problemas y autoestima

1.1.2.7 Ansiedad y depresión.

1.1.2.7.1 Ansiedad.

Para Sue, Wing, & Sue, (2012) La ansiedad es “emocion humana básica que produce reacciones corporales que nos preparan para pelear o huir; la ansiedad es anticipatoria pues el evento o la situación temidos no han ocurrido aún” (pág. 117).

La APA define la ansiedad como “aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.”(American Psychological Association,2001,pág.19).

El DSM-IV la define como “la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.” (Picho, López, Aliño, & Miyar, 1995, pág. 98).

Para Sue, Wing, & Sue, La ansiedad tiene una función adaptativa, como respuestas fisiológicas para responder ante el peligro A este respecto se señala que “dosis razonables de ansiedad actúan como una protección para evitar que ignoremos el peligro y parece tener una función adaptativa” (pág. 117).

Entonces se sostiene que la ansiedad se convierte en anómala, considerándose un trastorno solo cuando interfiere en el día a día de las personas. De esta manera para Sue,et ál. (2012) un trastorno de ansiedad se defiene como “síntomas de miedo o ansiedad que interfieren en el funcionamiento diario de un individuo”. (pág. 118).

Para (Martín, 2013) la característica esencial de la ansiedad es un sentimiento de tormento y preocupación extendidos todo el tiempo, con nerviosismo permanentemente, así como temblores, tensión muscular, exceso de sudoración, mareos y vértigos, taquicardia, y molestias epigástricas. La sintomatología señala Martin, tiene un curso variable, dependiendo de las características de la persona afectada, pero tiende a ser fluctuante y crónica.

Existen dimensiones que interactúan durante el proceso de ansiedad, en cuanto a la dimensión biológica Sue, et ál.(2012) señalan “dos factores biológicos principales afectan los trastornos de ansiedad; la *estructura cerebral* y las *influencias genéticas*” (pág. 119) sin embargo, el apoyo social parece ser una variable importante de protección. Respecto a los factores psicológicos se señala que la sensibilidad ansiosa, la percepción de autocontrol y las experiencias tempranas podrían ser un factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Por otro lado variables socioculturales como el estrés del ambiente, poder, estatus, discriminación, pobreza, factores culturales y el género pueden influir en el desarrollo de trastornos de ansiedad. (Sue, Wing, & Sue, 2012).

En lo relacionado a la salud mental, los trastornos de ansiedad “son responsables de una gran cantidad de angustia y disfunción que en general se acompañan de trastornos comórbidos como depresión, consumo de sustancias u otros trastornos de ansiedad” (Sue, et ál. 2012, pág. 118). Para el DSM-IV los trastornos relacionados con la ansiedad son los siguientes: Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia), agorafobia , trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia , agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés posttraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad por separación. (Picho, López, Aliño, & Miyar, 1995).

1.1.2.7.2. Depresión

Los trastornos del estado de ánimo son “perturbaciones en las emociones que causan malestar subjetivo, dificultan la capacidad de la persona para funcionar o ambas.” (Sue, Wing, & Sue, 2012, pág. 304). Para que estas perturbaciones de las emociones sean un trastorno del estado de ánimo las reacciones deben generalizarse a cada aspecto de la vida, persistir por un periodo de tiempo largo y ser desproporcionadas. (Sue, Wing, & Sue, 2012).

En este sentido Sue, et ál. (2012) señalan que los síntomas depresivos pueden ser evidenciados en cuatro aspectos, el primer aspecto es el ámbito afectivo caracterizado por un estado constante de tristeza, pérdida de gozo y sentimiento de inferioridad. El segundo aspecto abarca los síntomas cognitivos como pesimismo sobre el futuro, autodenigración general, pensamientos y creencias irracionales, así como pensamientos sobre el suicidio. El tercer aspecto considerado en relación a la depresión son los síntomas conductuales como bajo nivel de energía, poca motivación, descuido personal, retraimiento social, letargo, nerviosismo y baja productividad laboral. El cuarto aspecto tiene que ver con los síntomas fisiológicos como desórdenes alimenticios y del sueño, interrupciones en el ciclo menstrual, disminución del deseo sexual.

La OMS define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2015, párr.1). La OMS señala también la depresión se relaciona negativamente con la salud mental, ya que es un causante de estrés y disfunción, también empeora el escenario psicológico y vital de las personas afectada. Además “Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.” (OMS, 2004, párr.10).

Según el DSM-IV citado por Sue, et ál. (2012) los trastornos depresivos son “trastornos que incluyen el trastorno de depresión mayor y el trastorno distímico sin antecedentes de episodio maníaco; también se denomina depresión unipolar”(pág.307). Los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor incluyen estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, disminución del interés o placer en todas o en casi todas las actividades, pérdida o aumento significativos del peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retardo psicomotor casi todos los días, sentimientos de minusvalía o culpa inapropiada casi todos los días, reducción en la capacidad de pensamiento o concentración, pensamientos recurrentes sobre la muerte. El criterio diagnóstico se realiza con la presencia de cinco o más de los síntomas descritos deben durante un periodo de dos semanas, que incluya un estado deprimido o pérdida de placer y que provoque un deterioro en el funcionamiento normal del individuo. (Picho, López, Aliño, & Miyar, 1995).

Por otro lado el trastorno distímico es “un estado de ánimo deprimido que es crónico y relativamente continuo y que no reúne los criterios de la depresión mayor” (Sue, Wing, & Sue,

2012, pág. 307). Los síntomas de la distimia son similares a los experimentados en la depresión mayor, con la diferencia de que en este caso se pueden prolongar incluso por años, aunque a menudo no son tan severos.

Según la Organización Mundial de la Salud se estima que el costo de este problema de salud en los países desarrollados está entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, esta enfermedad cuesta a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. (2004)

De acuerdo a datos de la OMS la depresión es la entidad clínica de mayor frecuencia en Ecuador país y del mundo, señala la OMS también que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Los impactos económicos de las enfermedades mentales como la depresión se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma y frecuentemente de sus cuidadores para trabajar (OMS,2004). El Ministerio de Salud del Ecuador (2010) señala que en nuestro país las tasas de incidencia son crecientes, en los últimos años y estas son más altas en las provincias de Esmeraldas, Napo, Cañar, El Oro y Zamora-Chinchipe.

En lo que respecta al trabajo preventivo la OMS señala que

está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares de prevención del maltrato infantil o los programas para mejorar las aptitudes cognitivas, sociales y de resolución de problemas de los niños y adolescentes. (OMS, 2012, párr. 12).

1.1.2.8 Satisfacción Vital.

Para Moyano & Ramos (2007) la satisfacción vital es una dimensión psicológica caracterizada por un estado de bienestar subjetivo que se encuentra relacionado directamente con la salud mental y el equilibrio emocional. Se constituye entonces por varios componentes, entre los más importantes están la felicidad, creatividad y expectativas de vida. De igual manera algunas variables relacionadas con la satisfacción vital son el bienestar familiar y laboral, bienestar y

expectativas individuales, satisfacción social e interpersonal, así como también el nivel socio económico tiene un impacto considerable.

Para Maslow citado por Morris & Maisto (2005) la satisfacción vital pasa a través de una jerarquía de motivos como necesidades básicas de los seres humanos, que tiene como finalidad la autorrealización. La jerarquía se organiza de manera que las necesidades de pérdida (fisiológicas) se encuentran en la parte baja y las necesidades de desarrollo (autorrealización) se encuentran en la parte alta de la jerarquía a manera de pirámide, las necesidades se ordenan por prioridad y se satisfacen jerárquicamente. El orden de motivos o necesidades de vida se ubican de la siguiente manera: Las fisiológicas, compartidas con el resto de animales se ubican en la escala baja de la pirámide y se caracterizan por alimentación, sueño y sexo. Les siguen los motivos de seguridad, caracterizados por que las personas puedan percibir su entorno como seguro, fuera de peligros inminentes. Arriba de las necesidades de seguridad se encuentran las necesidades de amor y pertenencia que se caracterizan por amor y amistad mediante el establecimiento de relaciones interpersonales saludables. Las necesidades de estima se caracterizan por la percepción de respeto y estima tanto de los demás como de uno mismo. Finalmente las necesidades de autorrealización se caracterizan por el deseo de satisfacer el potencial humano.

Respecto a los predictores de la satisfacción vital San Martín sostiene que los factores de disposición o motivaciones parecerían ser los mejores predictores. Es importante señalar también que las variables socio culturales afectan tanto los predictores como los niveles de satisfacción vital. (2013). Entre estos predictores el sentido de la autovaloración personal como la autoestima, control de las variables ambientales, el apoyo social y la competencia social están relacionados con mayores niveles de satisfacción vital.

Para San Martín (2013) es clara la relación existente entre satisfacción vital y salud mental puesto que la satisfacción vital es la evaluación objetiva y subjetiva global que los seres humanos realizan acerca de su vida, siendo también un elemento de carácter cognitivo y afectivo, los niveles altos de satisfacción vital se relacionan con mejores niveles de salud mental, de funcionamiento en las áreas intrapersonal, interpersonal, así como en el ámbito laboral. En correspondencia con San Martín Moyano & Ramos (2007) señalan que la satisfacción vital se encuentra íntimamente relacionada con el bienestar y con la calidad de vida y, estos tres conceptos a su vez se encuentran relacionados con una evolución saludable de la salud mental.

Siguiendo la misma línea podemos afirmar que el tema de la salud mental se encuentra relacionado de manera directa con la percepción personal acerca de nuestro bienestar y satisfacción vital. “Diversos estudios indican que las personas felices o que presentan alto afecto positivo, reportan menos sintomatología en el ámbito de la salud física y mental, y mejor funcionamiento social” (Moyano & Ramos, 2007, párr. 14).

1.2 Consumo problemático de drogas

La OMS define la droga como una “sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones”. (OMS,2014, pág. 12) Esta definición se aplica tanto a las sustancias legales como ilegales. Las sustancias legales señala la OMS son las sustancias permitidas pero de circulación regulada, que están en el mercado con fines terapéuticos, como medicina y las drogas permitidas como el alcohol y el tabaco. En este sentido se señala que se puede generar una dependencia con sustancias tanto de índole legal como ilegal.

Para Sue, Wing, & Sue (2012) las sustancias psicotrópicas pueden clasificarse por su efecto sobre el sistema nervioso central.

Los depresivos o sedantes son “sustancias que causan depresión general del sistema nervioso central y hace lentas sus reacciones” (Sue, Wing, & Sue, 2012, pág. 236).

- El alcohol es el depresivo más conocido y utilizado a nivel mundial, sus efectos a corto plazo generan depresión en el sistema nervioso y pérdida de inhibiciones, el potencial para generar dependencia es moderado.
- Los narcóticos orgánicos incluyendo el opio y sus derivados también forman parte del grupo de los depresivos o sedantes, el efecto principal de los mismo es la depresión del sistema nervioso, también actúan como sedantes mediante el alivio de tensiones, ansiedad y dolor, el potencial para generar dependencia es alto.
- Los babilúricos son “poderosos depresores del sistema nervioso, se usa comúnmente para provocar relajación y sueño, y es capaz de inducir dependencia psicológica y física; también son llamados sedantes” (Sue, Wing, & Sue, 2012, pág. 239).El potencial para generar dependencia es de moderado a alto.

- Benzodiacepinas son considerados también como depresivos del sistema nervioso central, la droga más conocida de esta categoría es el Valium, utilizado generalmente para reducir la tensión muscular y ansiedad.

Los estimulantes según Sue, Wing, & Sue (2012) son sustancias psicoactivas que “activa el sistema nervioso central, induciendo júbilo, grandiosidad, hiperactividad. Agitación y supresión del apetito” (Pág. 241). A continuación se describen los estimulantes mayormente usados según lo expuesto por Sue, et ál (2012).

- Las Anfetaminas son drogas que aceleran el sistema nervioso central, “incrementan el estado de alerta, la energía y, algunas veces, el sentimiento de euforia y seguridad; también son llamados estimulantes” (Sue, et ál, 2012, pág. 241). El potencial de las anfetaminas es alto para crear dependencia.
- La cafeína es un estimulante legal, muy utilizado a nivel mundial, se considera tóxica la ingesta de cafeína cuando se generan los siguientes síntomas tras ingerir recientemente 250 gr de la misma: intranquilidad, nerviosismo, insomnio, disturbios gastrointestinales, arritmia cardíaca, etc. El potencial para generar dependencia de la cafeína es bajo. (Sue, et ál, 2012).
- La nicotina es otro estimulante lícito que se utiliza ampliamente a nivel mundial. La Sociedad Americana del Cancer citada por Sue, et ál, (2012) señala que el tabaquismo es la causa de muerte por cancer más prevenible que existe. La dependencia a la nicotina tiene riesgos importantes como la abstinencia y la dependencia y varios daños a la salud física como el cáncer. Es alto el potencial de la nicotina para generar dependencia.
- La cocaína es una “sustancia extraída de la planta de la coca, induce sentimientos de euforia y autoconfianza en los consumidores” (Sue, et ál, 2012, pág. 242). Este estimulante del sistema nervioso central tiene un alto potencial para generar dependencia.

Los alucinógenos son sustancias que “producen alucinaciones, atención sensorial vívida, incrementa el estado de alerta o la percepción de una mayor visión, su uso no suele conducir a la dependencia física, aunque puede ocurrir dependencia psicológica” (Sue, et ál, 2012, pág. 244). A continuación se describen los alucinógenos mayormente usados según lo expuesto por Sue, et ál (2012).

- La marihuana es el alucinógeno mayormente usado a nivel mundial. El potencial para generar dependencia de la marihuana es moderado.

- Dietilamida del ácido licérgico (LSD) produce distorsiones de la realidad y alucinaciones, en algunos casos puede presentar reacciones psicóticas. El potencial para generar dependencia del LSD es bajo.
- La Fenciclidina (PCP) de igual manera es un alucinógeno que distorciona la realidad y genera alucinaciones, pero a diferencia del LSD esta droga puede generar “náuseas, confusión, delirios y conducta psicótica violenta” (Sue, et ál, 2012, pág. 245).

Sue et, ál. (2012) definen el abuso de sustancias como un “patrón inadaptado de uso recurrente que se extiende sobre un periodo de 12 meses; lleva un deterioro notable o angustia; y continúa a pesar de los problemas sociales, ocupacionales, psicológicos y físicos” (pág. 234).

De manera general el consumo reiterado de sustancias genera tolerancia y síndrome de dependencia. La tolerancia es una “condición en la que se requiere una dosis más alta de la sustancia para alcanzar el efecto deseado” (Sue, et ál , 2012, pág. 234). Por otro lado la abstinencia es una “condición caracterizada por angustia o deterioro en el área social, ocupacional u otra del funcionamiento o síntomas físicos o emocionales como temblor, irritabilidad, e incapacidad para concentrarse después de reducir o cesar la ingesta de la sustancia” (Sue, et ál , 2012, pág. 235).

Romaní (1999) citado por Kornblit, Camarotti, & Leo (2008) entiende la drogo dependencia como “aquel fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana en torno de este hecho.”(pág.7).

Respecto al consumo problemático de drogas la Constitución de la República del Ecuador señala en el artículo 364.-

Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 164).

Sobre las cifras mundiales relacionadas con el consumo de sustancias la OMS señala que “se calcula que unos 205 millones de personas consumen drogas ilícitas en el mundo, de las que

unos 25 millones están aquejadas de dependencia”. (OMS; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010, pág. 2).

En el Ecuador se puede evidenciar según el Ministerio de la Salud Pública del Ecuador través del modelo de salud mental (MAIS) que durante el 2013 el número de egresos hospitalarios y atenciones ambulatorias debido a trastornos mentales y del comportamiento ocasionados por el consumo de sustancias, supera a los egresos de los trastornos del humor, alcanzando la cifra más alta de atención de los trastornos de la salud mental con un total de 2378 egresos hospitalarios. (2013)

El concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas del Ecuador (2014) señala la importancia de cuando hablamos de consumo problemático realizar un análisis teórico incluyente del entorno socioeconómico del desarrollo de la problemática, que permita el desprendimiento de distinciones discriminativas y excluyentes. En este sentido es importante considerar que la mayoría de consumidores de sustancias no cometerá un consumo problemático, “sólo en un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores el uso adquiere características problemáticas”. (CONSEP,2014, pág. 7).

El consumo considerado como problemático es el “consumos compulsivo, (un impulso irresistible por consumir, que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción)”. (CONSEP,2014, pág. 7). Es entonces el consumo problemático un consumo que transgrede el bienestar físico, psicológico y social de las personas.

Sin embargo señala el CONSEP existen otro tipo de consumos problemáticos que no necesariamente se encuentran relacionados con la adicción o dependencia

como la ingesta de sustancias de alto nivel de riesgo para la salud, sin información y sin precauciones, o la exposición a situaciones en las que el consumo de por sí no sería problemático, pero que por la situación en la que se realiza o por la cantidad que se consume termina siéndolo, como, por ejemplo, el conducir un vehículo en estado de ebriedad. (CONSEP,2014, pág. 8).

Es entonces como se evidencia que a pesar de los prejuicios existentes, el consumo problemático no se asocia a las sustancias psicotrópicas consumidas, sino con el vínculo que las personas establecen con las sustancias en un contexto socio cultural determinado. De esta manera el enfoque adquiere otro contexto al centrarse en los seres humanos y no en las sustancias,

haciéndolo más humano, ajustado a la realidad y con un mayor carácter inclusivo. Este análisis nos permite “inferir que la probabilidad de que se establezca una relación problemática con las drogas aumenta considerablemente en sujetos que se hallan en situación de vulnerabilidad bio-psico-social”. (CONSEP, 2014, pág. 8). Debido a estas razones el trabajo de prevención necesariamente requiere un carácter inclusivo que permita llegar a los sectores más vulnerables de la población, para de esta manera direccionar la contribución del enfoque preventivo hacia un estudio que abarque características bio-psico-sociales y poblaciones de alto riesgo, para realizar intervenciones reales, inclusivas y eficaces.

En este sentido la OMS (2010) señala también que el consumo de sustancias por lo general comienza durante la adolescencia y este período se puede considerar como importante para el trabajo preventivo mediante la detección temprana y la intervención en el ámbito primario.

Los criterios para determinar la realización de la prueba de detección de consumo de sustancias ASSIST según la OMS incluye que el consumo sea un problema considerable que daña la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad, que existan tratamientos o intervenciones aceptables y disponibles para los usuarios con resultados positivos, así como permitir que la identificación e intervención tempranas tengan mejores resultados que el tratamiento posterior (OMS, 2010).

1.2.1 Consumo problemático de alcohol.

La OMS señala que el consumo problemático de alcohol es el “patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales (...) un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida”. (OMS,2008, pág. 27)

El consumo problemático del alcohol puede degenerar en alcoholismo señala la Organización Mundial de la Salud expresando que “el consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas”. (World Health Information, 1994, pág. 16).

El CONSEP respecto del consumo problemático del alcohol sostiene que “una persona que requeriría tratamiento por alcohol es aquella que asegura que se ha emborrachado más de 10 días durante el último mes”. (CONSEP, 2014, pág. 17).

En lo referente al alcohol y sus efectos sobre la salud física y mental CONSEP manifiesta que

el alcohol puede causar daño al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Las áreas del cerebro que son especialmente susceptibles a los daños causados por el alcohol son la corteza cerebral (principalmente responsable por nuestras funciones cerebrales superiores, incluyendo la solución de problemas y la toma de decisiones), el hipocampo (importante para la memoria y el aprendizaje), y el cerebelo (importante para la coordinación de los movimientos) (CONSEP, 2014, pág. 17).

La OMS respecto al consumo de alcohol en el Ecuador señala que “se bebe 7,2 litros per cápita por año”. (OMS, 2014, párr.1) aunque estas cifras muestran una disminución del consumo en comparación con años anteriores, nuestro país se sigue manteniendo dentro de los 10 primeros países más consumidores de alcohol a nivel mundial. (OMS, 2014).

Según la última estadística realizada en el 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) se señala que

más de 900.000 ecuatorianos consumen alcohol, el 89,7% es de hombres y el 10,3%, de mujeres. La mayoría lo hace a partir de la adolescencia. De los 912 000 ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% es de jóvenes de entre 12 y 18 años. (OMS, 2014,párr. 4).

Estas cifras resultan preocupantes en tanto que señalan que una gran parte de la población inicia un consumo de alcohol en la etapa adolescente, lo que puede generar daños físicos y psicológicos a largo plazo la población en desarrollo, predisponiendo a su vez situaciones de alto riesgo como accidentes de tránsito y violencia que se vinculan con el consumo excesivo de alcohol. De esta manera el trabajo preventivo-informativo en la adolescencia sobre el consumo problemático de alcohol resulta de carácter indispensable.

Para Sue, et ál (2012) El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, los efectos del mismo sobre el organismo son físicos y psicológicos, divididos en corto y largo plazo. Los efectos a corto plazo son deprimir el sistema nervioso central, fallo en la coordinación, pérdida de conciencia, sentimiento de felicidad aparente y pérdida de inhibiciones, juicio pobre y concentración reducida. Entre los efectos a largo plazo se encuentra el deterioro del desempeño sexual, resaca a causa de la intoxicación, tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia,

malestar físico, ansiedad y alucinaciones. El alcoholismo crónico señalan Sue, et ál (2012) “destruye células cerebrales y por lo común se acompaña por hábitos nutricionales pobres, y deterioro físico”.(pág. 238) de igual manera el consumo prolongado de alcohol puede degenerar en enfermedades del hígado, alteraciones cardíacas y cáncer.

El test Audit utiliza los criterios del CIE-10 para determinar el síndrome de dependencia de alcohol, para el diagnóstico estos síntomas deben haber estado presentes durante al menos un mes, si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma y de forma repetida en algún período de 12 meses.

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol; Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas; Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos. Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño. (OMS, 2001).

1.2.2 Causas del consumo de drogas.

La OMS (2004) señala que los factores que podrían incidir en el consumo de sustancias psicoactivas y en la dependencia hacia las mismas son diversos y las relaciones que se establecen entre ellos son diversas también, entre los más importantes se puede señalar a los factores psicosociales, ambientales, económicos, biológicos y genéticos. Para analizar el consumo de sustancias es importante considerar que la “dependencia es un trastorno causado por el consumo de sustancias psicoactivas, que trastornan los procesos cerebrales perceptuales, emocionales y motivacionales normales”. (OMS, 2004, pág. 13).

Los resultados obtenidos de un estudio realizado a estudiantes secundarios señala que algunas de las variables relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas son el consumo de pares, exposición hacia las mismas y violencia intrafamiliar. (Camacho, 2005). Para Gantiva, Materón, Bobadilla, & Maldonado características tales como estrés, baja motivación, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tolerancia a la desviación, tendencias antisociales, aislamiento, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, son características que podrían ser identificables como factores de riesgo en lo relacionado al consumo de sustancias (2011).

Lo expuesto por el CONSEP es similar a lo expuesto por la OMS el respecto a las causas del consumo problemático de drogas al señalar que “las adicciones siempre encubren situaciones de conflictos sociales, familiares y personales”. (CONSEP,2014, pág. 18). Esto revela la importancia de considerar el entorno psicosocial en el momento en que nos referimos a consumo problemático.

De igual manera el CONSEP señala que existen factores predisponentes y factores desencadenantes que confluyen en el consumo problemático.

Entre los factores que predisponen a la adicción, podemos mencionar algunos, tales como:
Factores sociales: indiferencia institucional, ausencia de proyectos, falta de compromiso, descreimiento. Factores familiares: dificultades para comunicarse, ausencia de pautas y límites claros, falta de momentos para compartir, poca contención. Factores individuales: estructura psicobiológica de cada individuo. (CONSEP, 2014, pág. 18).

La relación de estos factores de riesgo pueden generar una predisposición al consumo, pero de manera general es preciso un factor desencadenante como situación crítica. El CONSEP señala a este respecto que “estas situaciones críticas pueden ser diversas: frustraciones, problemas, carencias afectivas, crisis evolutivas, pérdida del trabajo, mudanza, pérdida de un familiar, de un amigo, de la pareja, fracaso escolar, etc.” (CONSEP,2014, pág. 18).

De esta manera registramos que en el consumo de sustancias psicoactivas confluyen diversos factores interrelacionados construyendo una problemática de carácter social. Realizando un análisis respecto de los factores asociados a la salud mental antes expuestos, también se han encontrado relaciones entre estos factores y el consumo de sustancias como factores de riesgo y factores de protección, las relaciones se exponen a continuación:

Según Díaz, Rodríguez, Bobadilla & Maldonado (2011) la tipología de *personalidad A* también se encuentra relacionada con algunos factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias. Particularidades como inseguridad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración son pautas que nos permiten realizar un análisis directo entre la personalidad y el consumo de sustancias.

Es importante señalar también que ciertos tipos de trastornos de personalidad aumentan la frecuencia de desarrollar una adicción al consumo de sustancias. Según Barbero & Albéniz el trastorno de personalidad más asociado con el consumo de sustancias es el trastorno antisocial de la personalidad, seguida de la personalidad histriónica y dependiente (2008).

En lo relacionado al *estrés* y el consumo de sustancias la APA señala que “las investigaciones han demostrado que hay una relación entre el estrés crónico o agudo y el abuso de sustancias adictivas” (APA,2015,párr.4). De esta manera puede evidenciarse que el estrés y el consumo de sustancias se encuentran relacionados especialmente cuando las personas utilizan el consumo de sustancias para aliviar las tensiones que la o las situaciones estresantes pueden provocar, utilizando el consumo como una forma de distracción o aparente control de la realidad que es percibida como estresante, es de esta manera como el estrés se convierte en un factor de riesgo.

Sue, et ál. (2012). señalan que el *apoyo social* es considerado un fuerte factor protector en lo relacionado al consumo de sustancias, así como también uno de los factores relacionado con la no reincidencia del consumo. Espada, Griffin, Gilbert, & Méndez (2003) señalan también que los factores del apoyo social que se encuentran relacionados como factores de riesgo con el consumo de sustancias concretamente serían: Un clima social conflictivo, antecedentes familiares de consumo de sustancias, influencia negativa del grupo de pares y falta de apoyo de la comunidad.

En lo relacionado al consumo de sustancias y la *inflexibilidad psicológica* Luciano Páez & Valdivia (2010) señalan que la inflexibilidad psicológica juega un papel esencial en el desarrollo de las adicciones y su sostenimiento, llegando a producir un patrón auto destructivo. Este análisis pone de manifiesto la constitución de la inflexibilidad psicológica como un factor de riesgo, tanto para el desarrollo de una salud mental propicia, así como para el consumo de sustancias.

Según Zatorre (2013) en el ámbito relacionado con el consumo de sustancias se informa de una relación contraria entre el nivel de *resiliencia* y el consumo de sustancias. “Es decir, cuanto más desarrollada está la resiliencia de los individuos, menos probabilidad existe de desarrollar una

adicción”. (Zatorre, 2013, párr.8). Esta relación que involucra a la resiliencia como factor de protección toma en cuenta la misma como una posibilidad saludable para enfrentar los problemas, incluso los traumas que la vida nos presenta.

En lo relacionado al consumo de sustancias y la *ansiedad*, La APA (2013) señala que existe una relación de dos vías. Por un lado, el uso prolongado de sustancia psicoactiva puede acarrear síntomas e incluso problemas de ansiedad. Por otro lado los síntomas ansiosos pueden causar una mayor preponderancia en consumo de sustancias. La APA señalan también que la otra forma de relación se evidencia cuando las personas con síntomas de ansiedad consumen sustancias psicoactivas como recurso para reducir la misma.

Problemas de ansiedad, trastornos en el estado de ánimo y trastornos de la personalidad podrían estar relacionados también con el consumo excesivo de alcohol. “Al margen de la direccionalidad de la relación entre psicopatología y consumo de alcohol, se ha señalado que entre un 23 y un 70% de los pacientes con problemas de alcoholismo presentan también problemas de ansiedad.” (Guillamón, 2006, párr. 22).

El consumo de sustancias está relacionado también con la depresión, en un estudio realizado en Bogotá por Gómez, Gutiérrez, & Londoño acerca de la depresión y el consumo de sustancias. Los rasgos depresivos se vieron asociados al consumo de sustancias en tanto que éstas constituyen una forma rápida para experimentar sensaciones placenteras y modificar los sentimientos relacionados con el malestar emocional (2013). Esto es similar a lo señalado por Sue, et ál. quienes indican que un estado depresivo mayor también es asociado significativamente con otros trastornos concretos, como trastornos de ansiedad y dependencia de sustancias. Al igual que es asociada con el riesgo de infarto y expectativas de vida más cortas (2012).

En lo que respecta a la *satisfacción vital* y el consumo de sustancias se ha detectado que “una de las variables que se ha relacionado con el consumo de drogas en la adolescencia es el malestar o la insatisfacción con las circunstancias vitales en esta etapa de la vida” (Masferrer, Font, & Gras, 2012, pág. 48). Por lo que la satisfacción vital y un proyecto claro de vida se relacionan como factores de protección en lo que relaciona al consumo de sustancias.

1.2.3 Consecuencias del consumo de drogas.

Según el informe de la OMS el consumo de sustancias se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad. “El consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias también son factores de riesgo para una gran variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como para mantener relaciones interpersonales y familiares” (OMS, 2010, pág. 6).

El riesgo en el consumo de sustancias según el instrumento de evaluación ASSIST va relacionado con una secuencia continua que va “desde riesgo bajo (consumo ocasional o no riesgoso y nocivo) a riesgo moderado (consumo más regular) y a riesgo alto (consumo frecuente o peligroso)” (OMS, 2010, pág. 7).

Según la OMS a través del manual del test AUDIT de detección de consumo problemático de alcohol señala que las consecuencias del consumo problemático de alcohol causan

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. (OMS, 2001, pág. 10)

El consumo problemático de sustancias psicoactivas conlleva consecuencias que involucran a la salud física y mental, se ubica en uno de los 20 factores principales de riesgo para la salud en todo el mundo, ya que más allá de los riesgos del consumo de sustancias, el consumo problemático se asocia a otro tipo de afecciones como el VIH, la hepatitis, la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares, así como con un mayor riesgo de suicidio y muerte por sobredosis. (OMS; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010).

La Organización Mundial de la Salud sostiene también que el consumo de sustancias psicoactivas ocasiona un daño considerable a escala mundial. “En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas en la población de entre 15 y 64 años”. (OMS, 2014, pág. 1).

Respecto a lo concerniente a la salud sanitaria se sostiene que “en el mundo hay aproximadamente 1,7 millones de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH”. (OMS, 2014, pág. 2).

La Dra. Sagñay señala además otras consecuencias a nivel social importantes a considerar, caracterizadas por agresión, desorden público, problemas económicos, deterioro en las relaciones interpersonales y deterioro académico y laboral. De esta manera podemos agrupar las consecuencias del consumo de drogas en varios ámbitos:

En el ámbito personal, el consumo de drogas puede generar cambios negativos en el comportamiento como agresión, tolerancia y abstinencia a las sustancias, dificultades en las relaciones tanto familiares como sociales, daños físicos y problemas de salud, enfermedades e incluso muerte, daños psicológicos como ansiedad, depresión y falta de motivación, así como problemas económicos y disminución en el rendimiento académico y laboral. En el ámbito familiar, el consumo de drogas de uno de sus miembros altera directamente la dinámica familiar y deteriora considerablemente las relaciones, las posibles consecuencias dentro del ámbito familiar son: Abandono de responsabilidades económicas y afectivas, maltrato que incluye episodios de violencia física y/o verbal. a nivel de relaciones de pareja el consumo de drogas puede generar disolución de vínculos afectivos, separaciones y divorcios. Respecto al aspecto social las posibles consecuencias del consumo de drogas acarrearán violencia, crímenes, asaltos, suicidios, maltrato, accidentes laborales, domésticos y de tránsito. (Sagñay, 2012)

Respecto a la falencia en la prestación de servicios la OMS sostiene que solo una de cada seis personas con trastornos por consumo de sustancias recibe tratamiento a nivel mundial. (OMS, 2014).

Según Sue et, ál (2012) el consumo problemático de sustancias puede desarrollar en trastornos de la salud mental. El trastorno relacionado con sustancias es una “afección que surge del uso de sustancias psicoactivas que afectan al sistema nervioso central, causando problemas sociales, ocupacionales, psicológicos y físicos significativos y que a veces deriva en el abuso o dependencia” (pág. 233).

1.3 Adolescentes

1.3.1 *Desarrollo biológico.*

Según Papalia, Wendkos, & Feldman (2001) la adolescencia es un periodo de transición caracterizado por cambios físicos, cognitivos, sociales y del comportamiento. Se considera que la etapa de la adolescencia empieza con los cambios biológicos que se dan a partir de la pubertad. Estos cambios incluyen un aumento de estatura y peso, en la morfología corporal donde se van modificando las proporciones, así como el arribo de la madurez sexual, en el sentido de que es posible la reproducción.

Según Kail & Cavanaugh (2006) “la pubertad indica dos tipos generales de cambios físicos que marcan la transición de la niñez a la adultez joven” (pág.302). La pubertad inicia con un incremento en la producción de hormonas sexuales. La testosterona en los hombres es la responsable del crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. El estrógeno en las mujeres estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. El inicio de la madurez sexual se da con la producción de esperma en los hombres y la menstruación en las mujeres.

Según Papalia et, ál (2011). Los cambios físicos incluyen todas las dimensiones musculares y esqueléticas, de esta etapa suelen empezar antes en mujeres que en hombres. Es importante señalar también que los cambios físicos que ocurren durante la pubertad y la adolescencia influyen en la autopercepción y la autoconciencia de las y los adolescentes, donde entran en juego estereotipos culturales y sociales relacionados con el atractivo físico y crecimiento, involucrándose además con el tiempo y ritmo de crecimiento físico.

Para Shutt & Maddaleno (2003) la adolescencia puede ser dividida en tres etapas: adolescencia temprana entre los 10 y 14 años de edad, adolescencia intermedia entre los 15 y 19 años, y adolescencia tardía o juventud adulta entre 20 y 24 años.

El crecimiento corporal que se da en la adolescencia involucra “una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo. La GH, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento.” (Diz & Iglesias, 2013, pág. 90). Y señala además que el crecimiento en altura durante la adolescencia produce un aumento de talla que representa aproximadamente el 25% de la talla adulta, el comienzo de este crecimiento puede darse antes en mujeres que en hombres. El crecimiento ponderal hace referencia al 50% del peso ideal adulto.

El tejido graso aumenta e mujeres alrededor de las caderas y en los hombres se da un aumento de masa muscular en los hombros, la espalda y el esternón. (Diz & Iglesias, 2013).

Para el Dr. Bustamante (2002) uno de los períodos críticos en lo relacionado al desarrollo cerebral se da en la pubertad y en la adolescencia. Señala que en la adolescencia uno de los cambios cerebrales más representativos es el aumento de materia gris, así como el desarrollo de nuevos circuitos neuronales, señala a su vez un importante desarrollo en la corteza frontal a partir de los 12 años, esto es similar a lo expresado por Oliva (2007) quien señala que el desarrollo cerebral continúa desarrollándose durante la adolescencia. Estos cambios afectan la corteza prefrontal, estructura que participa en procesos cognitivos y que experimenta un importante desarrollo a partir de la pubertad. Otros cambios afectan al circuito meso límbico, relacionado con la motivación y la búsqueda de recompensas debido a cambios hormonales asociadas a la pubertad, de esta manera Oliva señala “durante los primeros años de la adolescencia se produce un cierto desequilibrio entre ambos circuitos cerebrales, el cognitivo y el motivacional, que puede generar cierta vulnerabilidad y justificar el aumento de la impulsividad y las conductas de asunción de riesgos durante la adolescencia” (2007, pág. 239). Huttenlocher citado por Oliva (2007) indica también que la corteza prefrontal experimenta cambios importantes tras la pubertad, ya que se pueden observar diferencias en esta zona entre los cerebros de niños, adolescentes y personas adultas.

Estos estudios encuentran que en la zona prefrontal la sustancia gris aumenta hasta los 11 años en las chicas y los 12 en los chicos para disminuir después, lo que sin duda está reflejando el establecimiento de nuevas sinapsis en esa zona en la etapa inmediatamente anterior a la pubertad y su posterior recorte, en una secuencia que va desde la corteza occipital hasta la frontal (Gogtay et al. Citado por Oliva, 2007, pág.241).

Todos estos cambios en el córtex prefrontal conllevan una activación de tareas cognitivas hasta los treinta años, tomado en cuenta el importante papel que la corteza prefrontal tiene como soporte de la función ejecutiva y de la autorregulación de la conducta razonable pensar en una relación causal entre estos procesos de desarrollo cerebral y muchos de los comportamientos propios de la adolescencia, como las conductas de asunción de riesgos y de búsqueda de sensaciones. Por otra parte, resulta evidente el valor adaptativo que tiene el hecho de que durante la adolescencia se produzca un recorte acusado de conexiones neuronales y que la plasticidad cerebral sea importante durante estos años. (Oliva, 2007)

En concordancia a lo expuesto por Oliva, la UNICEF señala también un desarrollo del córtex prefrontal dando paso al desarrollo de funciones relacionadas con la planificación, organización y reflexión, que permiten mayor estructuración en la resolución de problemas y el control emocional. Dando de esta manera un paso importante al pensamiento abstracto. De igual manera “áreas del cerebro asociadas con funciones como la integración de la vista, el olfato y la memoria se desarrollan durante la adolescencia, al igual que el área cerebral que controla el lenguaje”. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002, pág. 7)

1.3.2 Desarrollo social.

Para Shutt & Maddaleno (2003) el desarrollo social en la adolescencia tiene una relación directa con la autopercepción en relación al medio, de esta manera se va configurando el desarrollo de la identidad y la identificación de género que se considera como un elemento esencial dentro del desarrollo de la identidad. Se señala también que durante el desarrollo de la adolescencia intermedia se genera un proceso de independencia de las figuras paternas, reafirmando la autonomía y se desarrollan relaciones importantes con los grupos de pares. El desarrollo de la intimidad permite el establecimiento de relaciones significativas a nivel emocional. Sin embargo algo importante a considerar es que “la falta de experiencia en la búsqueda del amor, la intimidad y el compromiso por parte de los jóvenes puede llevarles a uniones y enamoramientos poco saludables” (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003, pág. 34).

La UNICEF señala que “numerosos estudios han demostrado que la forma en que los adolescentes conectan con su mundo social influye en su salud y desarrollo y les protege frente a conductas de alto riesgo”. (UNICEF, 2002, pág. 11). De esta manera podemos señalar que las redes sociales que se establezcan en torno al desarrollo adolescente son de vital importancia para el desarrollo saludable de manera individual y colectiva, ya que se configuran como fuentes de apoyo individuales y colectivas.

De igual manera El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia sostiene que la calidad de relaciones que sean establecidas dentro del núcleo familiar son de gran importancia para el desarrollo saludable de las y los adolescentes. Mediante un estudio realizado en varios países del mundo por la UNICEF (2002) se señala que a nivel general en todas las culturas investigadas, los adolescentes que tienen relaciones afectivas estrechas y de confianza con sus padres y madres muestran mayor iniciativa social, abrigan menos ideas de suicidio y sufren menos depresión.

Para Erikson citado por Cloninger, (2003) La etapa adolescente corresponde a la etapa de desarrollo psicosocial Identidad frente a confusión de identidad, esta etapa caracteriza la transición de la niñez a la edad adulta a través de la construcción de la identidad, donde el aporte social y cultural del medio es de importancia relevante en el desarrollo adolescente.

1.3.3 Desarrollo Psicológico.

Como puede ser analizado, los procesos involucrados en el desarrollo de la adolescencia son conectados e interdependientes, “así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual”. (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003, pág. 30)

En lo relacionado al desarrollo psicológico en la etapa adolescente, para Papalia et ál. (2001) la búsqueda de identidad parece ser el aspecto central. La búsqueda de identidad de esta manera se da como “parte de un proceso saludable y vital que se construye sobre confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad”. (Papalia, et ál. 2001, pág. 678).

Como se había señalado, el proceso del desarrollo cognitivo da apertura a la realización de abstracciones, que incluyen análisis y síntesis, así como empleo de la lógica para la resolución de problemas, concordando en el desarrollo del pensamiento operacional formal según la teoría de Piaget. Para Piaget citado por Papalia, et ál. (2001) El pensamiento adolescente se caracteriza por un pensamiento abstracto y construcciones hipotéticas y teóricas en torno al mundo que los rodea, este proceso evolutivo se debe a factores neurológicos e influencias ambientales, que en confluencia dinámica dan paso al pensamiento hipotético- deductivo.

Kohlberg citado por Papalia, et ál. (2001) señala que el razonamiento moral en esta etapa se caracteriza por un sentido de justicia y se presenta en tres niveles: moralidad pre convencional, que es el primer nivel de razonamiento moral caracterizado por obedecer reglas externas. El segundo nivel de desarrollo moral denominado moralidad convencional se caracteriza por interiorización de las figuras de autoridad. Finalmente el tercer nivel o moralidad post convencional se caracteriza en principios morales internos de decisión. El ambiente social cercano y representativo juegan un papel importante en el desarrollo del juicio moral en las y los adolescentes.

El desarrollo de las habilidades cognitivas para Shutt & Maddaleno (2003) permiten un mejor autocontrol conductual, así como también tomar decisiones acertadas, pero sin embargo la adolescencia es una etapa que se encuentra caracterizada también por una conducta egocéntrica. Esta conducta egocéntrica se caracteriza por un autointerés marcado por una conducta introspectiva, esto puede generar aislamiento, pensamiento fantasioso y sobre dimensión de los problemas personales. Durante esta etapa se da también un tanteo con roles y fantasías con la finalidad de desarrollar la identidad, incluyendo “su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual. (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003, pág. 32) Shutt & Maddaleno señalan también que las construcciones psicológicas importantes en relación a esta etapa de la vida están relacionadas al “desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y las luchas por la independencia/ dependencia entre sus pares y la influencia de sus padres.” (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003, pág. 33)

Para Diz e Iglesias (2013) el desarrollo saludable en esta etapa de la vida necesita la fomentación de habilidades para resistir ante presiones y situaciones de estrés, mantener interacciones interpersonales saludables y mantener la conducta en equilibrio con la vida emocional y creencias personales.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo 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 en la parroquia de Tumbaco perteneciente al Distrito Metropolitano de Quito.

2.1.2 Objetivos específicos.

- Recolectar y analizar variables psicosociales asociadas a la salud mental.
- Recolectar y analizar variables asociadas al consumo problemático de sustancias.
- Analizar variables psicosociales relacionadas como factores de riesgo.
- Analizar variables psicosociales relacionadas como factores de protección
- Realizar un informe de sistematización de resultados.

2.2 Preguntas de investigación

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

2.3 Diseño de la investigación

La presente investigación se basa en el empleo de un diseño de investigación de tipo descriptivo. Por tanto el marco metodológico está relacionado con el análisis de incidencia y descripción que una o varias variables obtengan sobre una población determinada. El procedimiento del diseño de investigación trata de la distribución de las variables relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias en un grupo de estudiantes de primero y segundo de bachillerato de una institución educativa de la parroquia Tumbaco, para después realizar un análisis descriptivo de

tendencias hacia las variables estudiadas. Los datos han sido recabados sin manipulación de las variables ambientales, mediante cuestionario, con la finalidad de brindar información acerca de la ubicación de las variables psicosociales relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias estudiadas mediante la descripción del contexto de un grupo en particular.

2.4 Contexto de la investigación

La investigación fue realizada en una institución educativa de la República del Ecuador, ubicada en la parroquia Tumbaco del Distrito Metropolitano de Quito, la institución educativa pertenece a la zona 9, distrito D-09 y circuito 17D09C01_02.

La institución educativa es de carácter mixta y particular, consta con una infraestructura de dos edificios destinados para aulas y dos canchas respectivamente, la dimensión de la extensión aproximada de la institución abarca una manzana, cuenta con 720 estudiantes divididos en niveles o cursos que abarcan desde pre básica hasta tercero de bachillerato.

Los estudiantes que forman parte de la institución son provenientes de las zonas aledañas a la misma, donde confluyen ambientes urbanos y rurales de distinta índole económica y social.

El desarrollo académico y psicológico de las y los estudiantes está a cargo del departamento de bienestar estudiantil, contando con coordinadores académicos, orientadores y psicólogos.

La visión y misión que comprende la institución son las siguientes:

VISIÓN: La institución educativa en los próximos cinco años continuará siendo una institución de excelencia en la formación humana, académica, tecnológica y católica, con el carisma propio de la congregación de los Sagrados Corazones “Contemplar, Vivir y Anunciar el Amor de Dios al mundo”. Formando niños y niñas protagonistas de su propio desarrollo, capaces de asumir la realidad de su entorno, comprometidos y comprometidas en la transformación de una sociedad, más solidaria y justa.

MISIÓN: Nuestra misión es, contribuir a la formación integral de la niñez y juventud, que aspira a crear un ser humano con el dominio de destrezas, habilidades, competencias, desarrollo del pensamiento, basada en valores, éticos, morales y cristianos que conduzcan a educar para la vida.

2.5 Población

Las unidades de análisis o muestra delimitada que ha sido objeto de estudio investigativo son alumnos de primero y segundo de bachillerato de la República de Ecuador de entre 14 y 17 años de edad, pertenecientes a una institución educativa mixta que corresponden a la sección de asistencia diurna.

La recolección de datos ha sido dada por un muestreo casual incidental no probabilístico, es decir el subgrupo de la población ha sido elegido en base al sector de residencia del investigador.

Mediante el muestreo casual la muestra se selecciona de manera directa e intencional, en este caso utilizando los individuos con acceso más fácil al investigador, la muestra obtenida para la investigación fueron 102 estudiantes de primero y segundo de bachillerato divididos en:

53 estudiantes de primero de bachillerato y 49 estudiantes de segundo de bachillerato. Así como 42 estudiantes pertenecientes al género masculino y 60 estudiantes pertenecientes al género femenino.

2.6 Métodos, técnicas e instrumentos de evaluación

2.6.1 Métodos de investigación.

La presente investigación utiliza los siguientes métodos:

- El método descriptivo que se encarga de la descripción de las variables dentro de las características de la población estudiada, con el objetivo de adquirir datos precisos y sistemáticos que resulten relevantes en el contexto investigativo. La investigación descriptiva nos permite la representación de la distribución que exista entre las variables relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias. A su vez este diseño descriptivo pretende enlazar una interacción en una sola ocasión con el grupo muestral, por lo que es denominado también estudio transversal. (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010).
- El método estadístico que permite la realización de procedimientos para el manejo de los datos mediante una secuencia, para el análisis de las variables (Casas, Repullo, & Campos, 2003). En la presente investigación el método estadístico ha permitido un proceso de representación, interpretación y proyección de las particularidades de las variables evaluadas mediante los cuestionarios estandarizados que se relacionan con la

salud mental y el consumo de sustancias en estudiantes de bachillerato, logrando una simplificación del proceso y optimizando el análisis al convertir los datos en variables numéricas medibles.

2.6.2 Técnicas de investigación.

La presente investigación utiliza una batería constituida por diez instrumentos psicológicos basados en escalas psicométricas para la medición de variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias, éstos han sido aplicados mediante encuesta y que permitirán la recolección de datos de interés para el desarrollo de la investigación.

A continuación se presentan los cuestionarios utilizados en la investigación:

1. Cuestionario de variables sociodemográficas. Esta herramienta permite la evaluación de los factores psicosociales, con el objeto de aportar información para identificar variables psicosociales y de salud como edad, sitio de residencia, conformación familiar, sexo, estado civil, enfermedades entre otras, permite a su vez identificar cuáles podrían ser posibles factores de riesgo. (Andrade, cuenca, & León, 2015).
2. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al.1983). La escala de estrés percibido permite medir el estrés psicológico percibido durante el último mes, estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, en relación al control ejercido sobre las situaciones inesperadas. (Universidad Autónoma de México, 2013).
3. Cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004). Este constructo evalúa la sensación de soledad percibida, relacionada con la percepción de disponibilidad de relaciones significativas y apoyo emocional, así como por la asociación de estas escalas con medidas de bienestar psicológico y deseabilidad social. (Andrade, cuenca, & León, 2015).. (Yaben, 2008).
4. Type A Behavior Scale. Esta escala evalúa rasgos de personalidad relacionados con la tipología tipo A, como presión de tiempo y trabajo, dureza, competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad e impaciencia expresados en el comportamiento. (Andrade, cuenca, & León, 2015).

5. Cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011). Este cuestionario está encargado de evaluar el tipo de afrontamiento a través de la flexibilidad e inflexibilidad psicológicas.
6. Cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008). Este cuestionario está encargado de evaluar el grado de resiliencia entendida como la capacidad de las personas para adaptarse a situaciones estresantes o adversas.
7. Cuestionario sobre el consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008). Este cuestionario se encarga de evaluar el consumo problemático de alcohol identificando a las personas que posean un patrón de consumo de bajo riesgo, riesgoso, perjudicial y de dependencia relacionados con el alcohol. (Andrade, cuenca, & León, 2015).
8. Cuestionario sobre el consumo problemático sustancias. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010). Este constructo pretende la evaluación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante los últimos tres meses (Andrade, cuenca, & León, 2015).
9. Cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010). Evalúa síntomas depresivos y de ansiedad relacionados con el deterioro social en las últimas dos semanas. (Andrade, cuenca, & León, 2015).
10. Cuestionario Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012) de satisfacción vital, evalúa la autopercepción de calidad de vida relacionada con la satisfacción vital.

2.6.3 Procedimiento.

Para la realización de la presente investigación se realizaron los siguientes pasos:

1. Análisis e Identificación teórica de las siguientes variables psicológicas:
 - Variables sociodemográficas.
 - Estrés.
 - Apoyo social.
 - Personalidad tipo A
 - Inflexibilidad psicológica.
 - Resiliencia.
 - Consumo problemático de alcohol.
 - Consumo problemático de otras drogas.

- Ansiedad y Depresión.
 - Satisfacción vital.
2. Selección de la muestra a investigar mediante un muestreo casual incidental no probabilístico que siguió los siguientes pasos:
- Acercamiento a la institución educativa y registro del número de estudiantes así como la disponibilidad de tiempo para la participación en la investigación.
 - Aprobación por parte de las autoridades del desarrollo de la investigación.
 - Proceso de selección de la muestra casual incidental no probabilística que incluye cuatro paralelos de los alumnos de primero y segundo de bachillerato de la institución.
3. Aplicación de la batería psicológica a la muestra seleccionada.
- Se realizó el ordenamiento y codificación del material a utilizar durante la aplicación.
 - Se realizó el proceso de recolección de consentimientos informados por parte de los padres de familia con la colaboración del coordinador encargado de cada curso de bachillerato.
 - A petición de las autoridades de la institución se realizó un taller con carácter preventivo a los alumnos de primero y segundo de bachillerato y, a continuación se prosiguió a la aplicación de la batería psicológica para la recolección de datos de manera grupal a ambos paralelos.
 - Ingreso de la información obtenida a la matriz de datos.

2.7 Recursos

Durante la presente investigación han sido utilizados los siguientes recursos:

- Talento humano: En tanto al talento humano la realización de la presente investigación se ha debido gracias a la colaboración directa y participativa de:
 - Autoridades de la Institución Educativa.
 - Personal Docente de la Institución Educativa.
 - Estudiantes de primero y segundo de bachillerato que participaron en la investigación.

- Livia Andrade directora del programa nacional de investigación.
- Directora de tesis y tutora Mgs. Nora Eríquez.

- Recursos económicos:

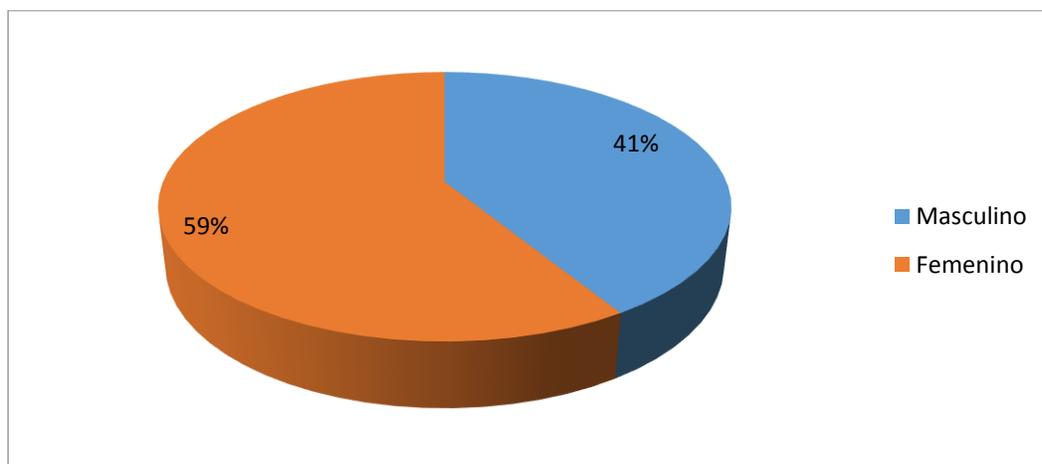
RECURSO	FUENTE	MONTO
Impresiones, fotocopias y anillados.	Autogestión	100 USD
Movilidad	Autogestión	20 USD
Internet	Autogestión	100 USD
TOTAL		220 USD

- Recursos institucionales: En cuanto a los recursos institucionales se ha requerido un aula de estudios equipada con pizarra líquida e infocus para la realización de la charla preventiva, así como para el levantamiento de información.

CAPITULO III RESULTADOS

3.1 Datos psicosociales

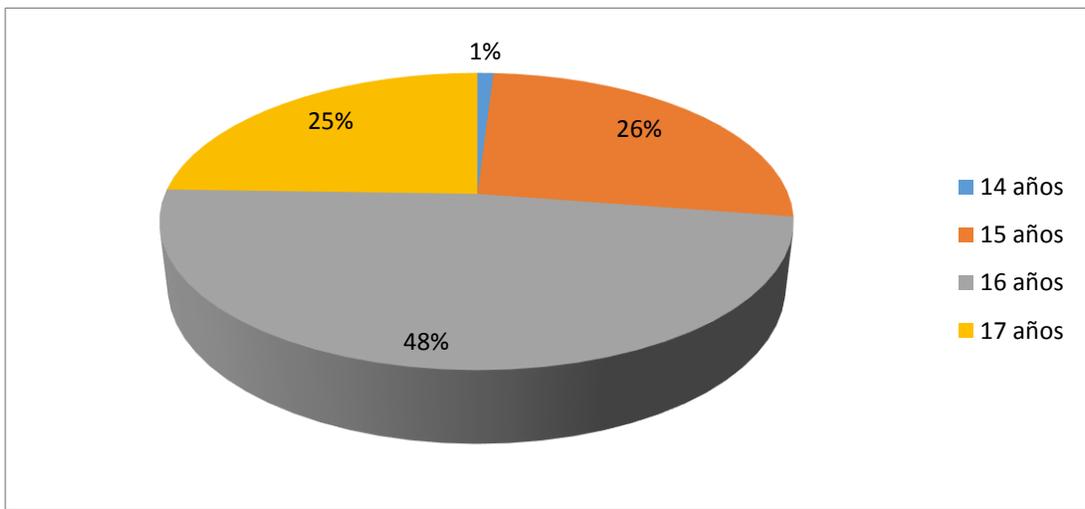
La información psicosocial analizada en la presente investigación está relacionada con datos vinculados a la edad, sexo y año de bachillerato de la muestra indagada. En este sentido se han encontrado los siguientes resultados:



3.1.1 Figura 1: Sexo

Elaborado por: Natalia Román.

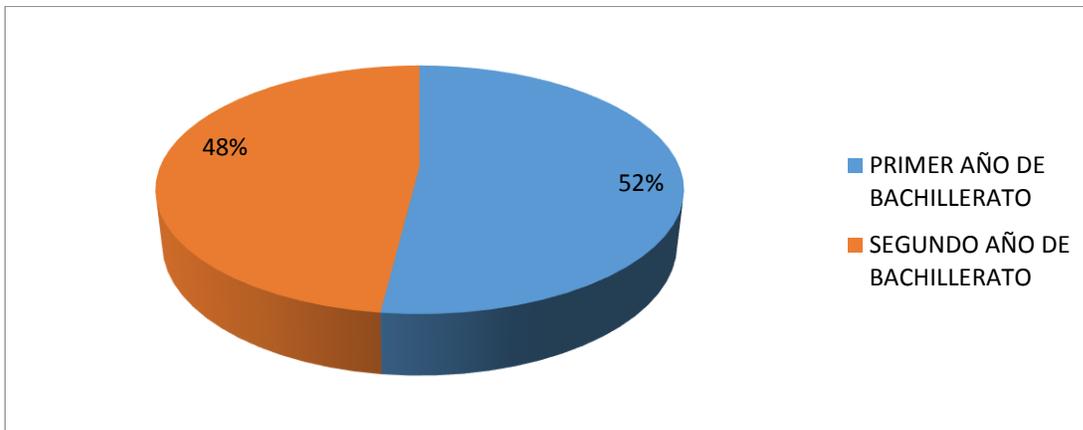
Haciendo referencia a la variable sexo, correspondiente a la figura 1 podemos señalar que el 41% de la muestra investigada corresponde al género masculino y el 59% corresponde al género femenino. Mediante la figura 1 podemos señalar que la mayoría de estudiantes investigados corresponden al género femenino.



3.1.2 Figura 2: Edad

Elaborado por: Natalia Román.

En la figura 2 podemos observar los datos relacionados con la variable de la edad, representada por el 48% de la muestra correspondiente a la edad de 16 años, siendo el porcentaje más representativo de la muestra. El 26% de estudiantes investigados corresponden a la edad de 15 años, el 25% de estudiantes investigados corresponden a la edad de 17 años y el 1% de estudiantes investigados corresponde a la edad de 14 años.



3.1.3 Figura 3: Año de bachillerato

Elaborado por: Natalia Román.

En la figura 3 se representan los porcentajes correspondientes al año de bachillerato de la muestra investigada, el 52% de la muestra corresponde a primer año de bachillerato siendo el grupo más representativo, seguido del 48% de la muestra que corresponde al segundo año de bachillerato.

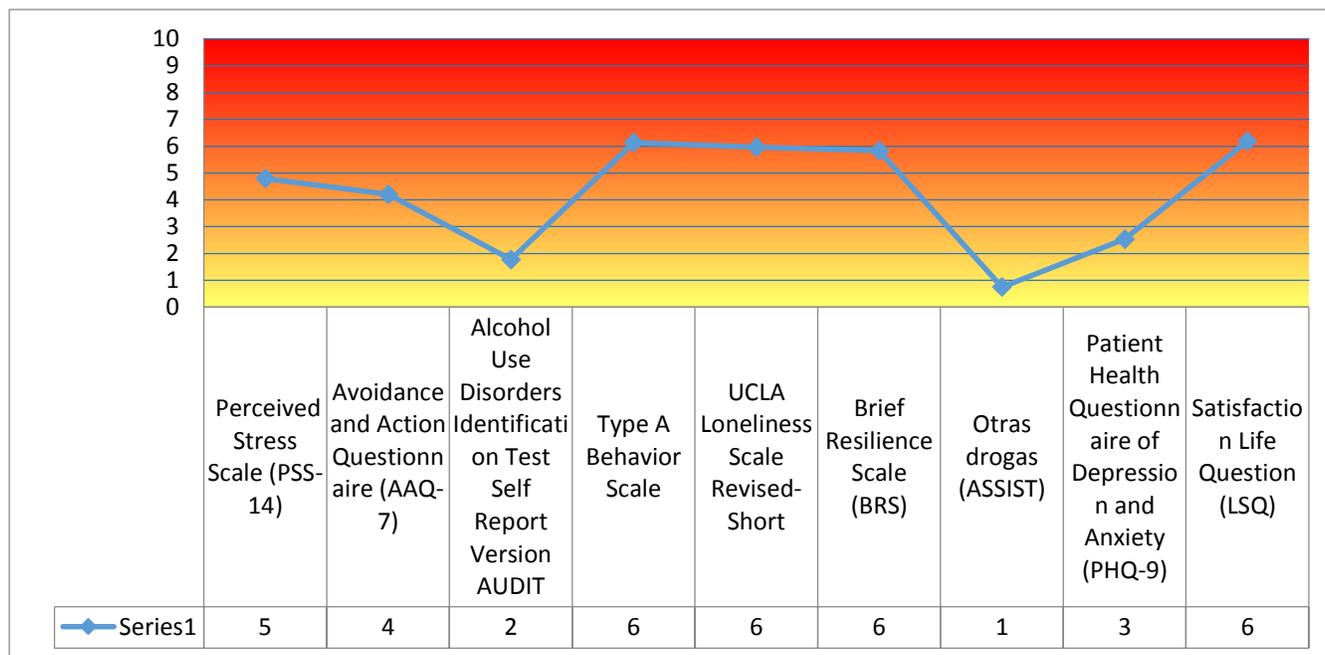
3.2 Resultados Generales

A continuación se presenta la interpretación y análisis de los resultados generales obtenidos a partir de la aplicación de la batería de instrumentos psicométricos a 102 estudiantes de primero y segundo de bachillerato de un colegio de la parroquia de Tumbaco.

Para la puntuación se ha considerado una calificación estandarizada, con una escala que comprende del 1 al 10, tomando en cuenta el número 5 como el valor de puntuación que se encuentra sobre la media. En este sentido las puntuaciones se ubican en la siguiente escala:

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

A continuación se presenta la figura 4 donde se exponen los resultados generales encontrados en la muestra investigada:



3.2.1 Figura 4: Bateria de instrumentos estandarizados que han sido utilizados

Elaborado por: Natalia Román.

A partir del estudio de la batería de instrumentos estandarizados (Figura.4), la primera variable a analizar es la variable de Perceived Stress Scale (PSS-14) encargada de evaluar el nivel de

estrés percibido en los últimos 30 días, a continuación se exponen las frecuencias más representativas relacionadas a esta variable.

3.2.2 Tabla 1. FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1	17	28	37	16	3	
2	13	28	35	21	2	
3	6	16	27	35	17	
4	5	17	36	34	8	
5	1	23	37	30	10	
6	3	12	38	28	19	
7	4	15	35	36	11	
8	10	33	41	13	5	
9	4	12	39	32	11	
10	5	27	30	33	5	
11	5	21	30	24	20	
12	2	9	35	27	25	
13	5	23	41	23	8	
14	12	33	35	13	9	
TOTAL	92	297	496	365	153	1403

Elaborado por: Natalia Román.

En la figura 4 de resultados generales, la variable del estrés percibido se encuentra puntuada sobre la media de 5 puntos que corresponde a la puntuación esperada, por lo tanto en la muestra investigada el estrés no actúa como un factor de riesgo y supone un factor de protección.

Observando la tabla 1 podemos evidenciar que la mayor frecuencia de estudiantes, con una frecuencia de 41 se encuentra ubicada en el reactivo 8, mediante la opción “de vez en cuando” lo que significa que esta frecuencia de estudiantes investigados manifiesta haber sentido no poder afrontar todas las cosas que tenían por hacer, de vez en cuando. De igual manera podemos observar que la mayor frecuencia con 41 estudiantes, también se encuentra ubicada en el reactivo 13 mediante la opción “de vez en cuando” lo que significa que esta frecuencia de estudiantes investigados manifiesta haber pensado en poder controlar la forma de invertir su tiempo de vez en cuando.

La segunda frecuencia más representativa se encuentra ubicada en el reactivo 9 con 39 estudiantes, mediante la opción “de vez en cuando” lo que representa que esta frecuencia de

estudiantes ha señalado haber podido controlar las dificultades de su vida de vez en cuando. La tercera frecuencia más representativa en la variable de estrés, se encuentra ubicada en el reactivo 6 con una frecuencia de 38 estudiantes, mediante la opción “de vez en cuando” lo que señala que esta frecuencia de estudiantes de vez en cuando han estado seguros sobre su capacidad para manejar sus problemas personales.

Al respecto de la variable encargada de evaluar la inflexibilidad psicológica, podemos observar que en la figura de resultados generales obtiene una valoración de 4 puntos (Ver figura 4), lo cual la ubica debajo de la media, entendiéndose esta variable como un factor de protección en la muestra evaluada.

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

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad	
1	27	30	9	22	6	4	3	
2	22	23	8	22	5	11	9	
3	25	26	12	20	7	8	3	
4	33	19	11	18	5	10	5	
5	24	21	12	21	9	8	6	
6	37	22	7	12	10	4	9	
7	28	24	13	16	6	10	3	
TOTAL	196	165	72	131	48	55	38	705

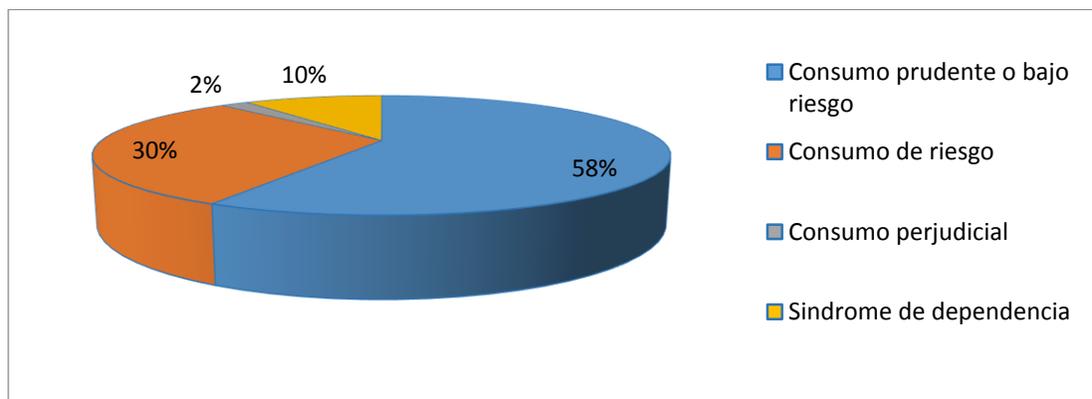
Elaborado por: Natalia Román.

En lo relacionado a la inflexibilidad psicológica, como podemos observar en la tabla 2 la frecuencia más representativa se encuentra ubicada en el reactivo 6, con una puntuación 37 en la categoría “nunca es verdad” lo que indica que esta frecuencia de la muestra investigada señala que en ningún momento le parece que otros llevan mejor su vida. La segunda frecuencia más representativa con un puntaje 33 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 4 en la categoría “nunca es verdad”, lo que indica que esta frecuencia de la muestra investigada señala que en ningún momento siente que sus recuerdos dolorosos impiden una vida plena. La tercera frecuencia más representativa con un puntaje de 30 estudiantes, se encuentra ubicada en el reactivo 1 mediante la opción “muy raramente es verdad” señalando casi nunca sentir que sus

experiencias y recuerdos dolorosos hacen que sea más difícil vivir la vida que querrían. De esta manera se puede corroborar lo señalado en la figura 4, la inflexibilidad psicológica no constituye un factor de riesgo y es por lo tanto es la flexibilidad psicológica un factor que actúa como protección en la muestra investigada.

En lo que respecta a la variable sobre el consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) los resultados que se encontraron son los siguientes:

En la figura 4 de resultados generales se puede observar que esta variable posee un puntaje de 2, lo que en la escala del 1 al 10 la ubica significativamente por debajo del factor de consumo de riesgo (puntuación 6-10 que señala consumo de riesgo de alcohol), por lo tanto en el caso de la muestra investigada esta variable no es un factor de riesgo y se considera como un factor de protección.



3.2.4 Figura 5: Resultados del test AUDIT.

Elaborado por: Natalia Román.

De acuerdo a los resultados del test AUDIT presentados en la figura 5 podemos observar según los resultados obtenidos que el 58% de la muestra evaluada correspondiente a 59 estudiantes mantiene un consumo prudente o de bajo riesgo, representando además el mayor porcentaje de la muestra evaluada. El 30% de la muestra evaluada correspondiente a 31 estudiantes mantiene un consumo de riesgo, al señalar un consumo mensual de alcohol, el 10% muestra correspondiente a 10 estudiantes mantienen un síndrome de dependencia, al señalar consumo de alcohol diariamente o casi a diario y un 2% de la muestra investigada, correspondiente a 2 estudiantes presenta un consumo perjudicial, señalando un consumo semanal de alcohol.

En lo referente al constructo que evalúa la tipología de personalidad A (Type A Behavior Scale) los resultados encontrados en la muestra investigada son los siguientes:

De manera general la variable correspondiente a la evaluación de la tipología de personalidad A se encuentra ubicada en seis puntos, superando a la media de 5 puntos, de lo esperado (ver figura 4), lo cual señala que en la muestra investigada se ha encontrado un tipo de personalidad con características como la tendencia hacia la competitividad, hostilidad, presión de tiempo y tendencia hacia el estrés, correspondiente a la personalidad tipo A.

3.2.5 Tabla 3. Frecuencia Type A Behavior Scale.

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	56	24	19	2

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	13	42	23	22	
3	18	46	27	10	
4	22	29	28	19	
5	16	39	27	17	
6	14	47	21	16	
TOTAL	139	227	145	86	597

Reactivo	Si	No	
7	76	25	
8	68	32	
9	71	27	
10	72	28	
TOTAL	287	112	399

Elaborado por: Natalia Román.

Al realizar un análisis respecto a la tabla 3 que expone las frecuencias relacionadas con la personalidad tipo A, podemos notar que una frecuencia de 56 estudiantes corresponden a la opción “muy bien” en el reactivo 1, lo que significa que esta frecuencia de estudiantes

investigados señala tener un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas en el último mes. En lo que respecta al reactivo 6, ha presentado una frecuencia de 47 estudiantes señalando la opción “de vez en cuando”, lo que significa que este número de estudiantes han señalado sentir presión por el tiempo de vez en cuando. Por último 76 estudiantes han respondido “Sí” en el reactivo 7 lo que significa que este número de estudiantes señaló llevar trabajo a casa y seguir pensando en ello fuera del ambiente escolar, siendo además ésta la frecuencia más representativa de esta variable.

En lo referente a la variable que evalúa el apoyo social a partir de la sensación de soledad percibida estudiada a través al cuestionario UCLA Loneliness Scale Revised-Short, se encuentra con una puntuación de seis puntos, la cual la ubica sobre la media de 5 puntos, por lo tanto en esta muestra investigada esta variable se considera un factor de riesgo, ya que los niveles de soledad se encuentran por encima de lo esperado.

3.2.6 Tabla 4. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	17	41	41	3
2	15	40	35	11
3	23	34	38	5
4	24	31	30	15
5	12	26	27	36
6	18	33	36	11
7	28	38	24	5
8	13	41	43	3
9	9	21	41	27
10	10	24	45	20
11	26	42	28	5
12	31	31	33	3
13	15	36	32	15
14	27	39	29	5
15	11	32	41	18
16	14	31	38	16
17	17	34	38	11
18	14	44	33	9
19	15	30	32	21

20	10	28	39	25	
TOTAL	349	676	703	264	1992

Elaborado por: Natalia Román.

Analizando las frecuencias más representativas de la tabla 4, correspondiente a la frecuencia de la variable apoyo social, podemos señalar que 43 estudiantes han respondido a través de la categoría “a veces” al reactivo 8, lo que significa que en algún momento se sienten incompatibilidad con intereses e ideas de las personas que los rodean. De igual manera podemos observar también que una frecuencia de 45 estudiantes han respondido mediante la categoría “a veces” al reactivo 10, lo que señala que esta frecuencia de estudiantes investigados en algún momento se sienten cercano a las personas, siendo además la frecuencia más representativa de esta variable. Finalmente, en lo que respecta a la pregunta número 18 una frecuencia 44 estudiantes han respondido mediante la categoría “a veces” lo que significa que en algún momento no han percibido un acompañamiento real por parte de las personas que les rodean.

En relación con la variable que evalúa la resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) se han encontrado los siguientes resultados:

De manera general podemos afirmar que la variable que mide la resiliencia se encuentra sobre la media de lo esperado, obteniendo un valor de 6 puntos, lo que señala que en la muestra investigada la resiliencia actúa como un factor de protección, al brindar las posibilidades de hacer frente y sobreponerse ante inconvenientes.

3.2.7 Tabla 5. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	18	17	25	23	17	
2	14	26	33	19	7	
3	18	24	34	10	10	
4	18	24	36	17	5	
5	18	30	35	7	8	
6	16	24	31	20	11	
TOTAL	102	145	194	96	58	595

Elaborado por: Natalia Román.

Observando la tabla 5 que expresa la frecuencia de la variable de la resiliencia, podemos apreciar que la frecuencia más representativa con 36 estudiantes se ubica en el reactivo 4, señalando la opción “neutral” en lo referente a la dificultad para recuperarse cuando algo malo acontece. La segunda frecuencia representativa se encuentra ubicada en el reactivo 5, con una frecuencia de 35 estudiantes que han señalado mediante la opción “neutral” sobre la capacidad para pasar momentos difíciles sin mayor dificultad. Finalmente una frecuencia de 33 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 2, mediante la opción “neutral” respecto a pasarla mal superando situaciones estresantes.

En lo relacionado a la variable del consumo de sustancias evaluada a través del cuestionario The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) la información obtenida es la siguiente:

En la figura 4 de resultados generales, podemos observar que la variable correspondiente al consumo de sustancias ASSIST obtiene un valor de 1 punto en la escala de valores, lo que la sitúa como un puntaje significativamente inferior respecto de la puntuación de riesgo (6-10 puntos). En este sentido el consumo problemático de sustancias en la muestra investigada no representa un factor de riesgo considerable, sin embargo se ha considerado relevante en esta investigación incluir un análisis de las sustancias que los estudiantes han respondido con un consumo “a diario” o casi a diario”.

3.2.8 Tabla 6. PORCENTAJES OBTENIDOS DEL TEST ASSIST

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	83.3	11.8	2.9	1.0	1.0
2	65.7	23.5	7.8	1.0	2.0
3	56.9	28.4	5.9	6.9	1.0
4	81.4	9.8	2.9	2.9	1.0
5	87.3	8.8	1.0	2.0	0.0
6	87.3	3.9	3.9	2.0	0.0
7	89.2	3.9	2.9	2.0	0.0
8	88.2	3.9	3.9	1.0	2.0
9	90.2	2.0	2.0	2.9	1.0
10	91.2	4.9	0.0	2.0	2.0
11	89.2	3.9	2.9	1.0	2.9

Elaborado por: Natalia Román.

Basándonos en la tabla 6 de porcentajes del test ASSIST, podemos observar que el mayor porcentaje se ubica en el reactivo 11 con un 2.9% señalando un consumo de otras sustancias psicoactivas, diariamente o casi a diario.

El 2% de la muestra se ubica en el reactivo 2, señalando un consumo diario o casi a diario de tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros etc.).

De igual manera el 2% de la muestra se ubica en el reactivo 8, señalando un consumo diario o casi a diario de sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolán, clonazepan, etc.).

También el 2% de la muestra se ubica en el reactivo 10, señalando un consumo diario o casi a diario opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.).

Mediante el reactivo 3 una proporción de 1% de la muestra investigada ha señalado un consumo diario o casi a diario de bebidas que contienen alcohol (cerveza, vino, licores, cocteles).

Mediante el reactivo 4, igualmente, el 1% de la muestra investigada ha señalado un consumo diario o casi a diario cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís etc.).

Finalmente, mediante el reactivo 9 el 1% de la muestra investigada ha señalado también un consumo diario o casi a diario de alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.).

En lo referente a la variable encargada de evaluar síntomas de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) se han encontrado los siguientes resultados:

A nivel general esta variable se encuentra con un valor de tres puntos, (ver figura4) lo que la ubica por debajo de la media de 5 puntos, señalando que en el caso de la muestra evaluada la depresión y ansiedad no son consideradas de riesgo, por lo tanto se constituye ésta como una variable de protección.

3.2.9 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	39	44	15	4

2	36	44	11	9	
3	44	40	10	7	
4	38	38	15	8	
5	52	31	10	5	
6	47	35	8	11	
7	57	32	5	6	
8	61	25	13	3	
9	54	28	9	10	
TOTAL	428	317	96	63	904

Elaborado por: Natalia Román.

Los resultados totales expresados en la figura 4, respecto a la variable ansiedad y depresión pueden ser evidenciado al observar la tabla 7, donde observamos que la frecuencias más representativa se encuentra ubicada en el reactivo 8 con 61 estudiantes que han señalado la opción “nunca”, esto significa que esta frecuencia de estudiantes investigados han señalado que nunca se han movido o hablado tan despacio que otras personas lo han notado, así como estar tan inquietos o intranquilos que dan vueltas de un lugar a otro. También podemos observar que una frecuencia de 57 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 7 mediante la opción “nunca”, señalando nunca presentar problemas en la concentración en actividades como leer el periódico o ver televisión. Finalmente, una frecuencia de 52 estudiantes se encuentra ubicada en el reactivo 5 mediante la opción “nunca” significando que esta frecuencia de estudiantes investigados manifestó nunca tener poco o excesivo apetito.

Por último el cuestionario Satisfaction Life Question (LSQ) encargado de la evaluación de la satisfacción vital ha mostrado los siguientes resultados:

A nivel general esta variable se encuentra ubicada por encima de la media, con una puntuación de 6 puntos (Ver figura 4), lo cual convierte a esta variable en un factor de protección en lo relacionado a la salud mental y el consumo de sustancias de la muestra investigada.

3.2.10 Tabla 8. FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	1	0	0	1	24	9	11	21	13	9	89

Elaborado por: Natalia Román.

Mediante la tabla 8 de frecuencias sobre la variable de satisfacción vital podemos observar que una frecuencia de 24 estudiantes han indicado una auto percepción “neutral” respecto a la satisfacción vital, siendo además la frecuencia más representativa de esta variable. Con frecuencia de 21 estudiantes se ha marcado la respuesta número 8 lo que indica una percepción de satisfacción vital favorable.

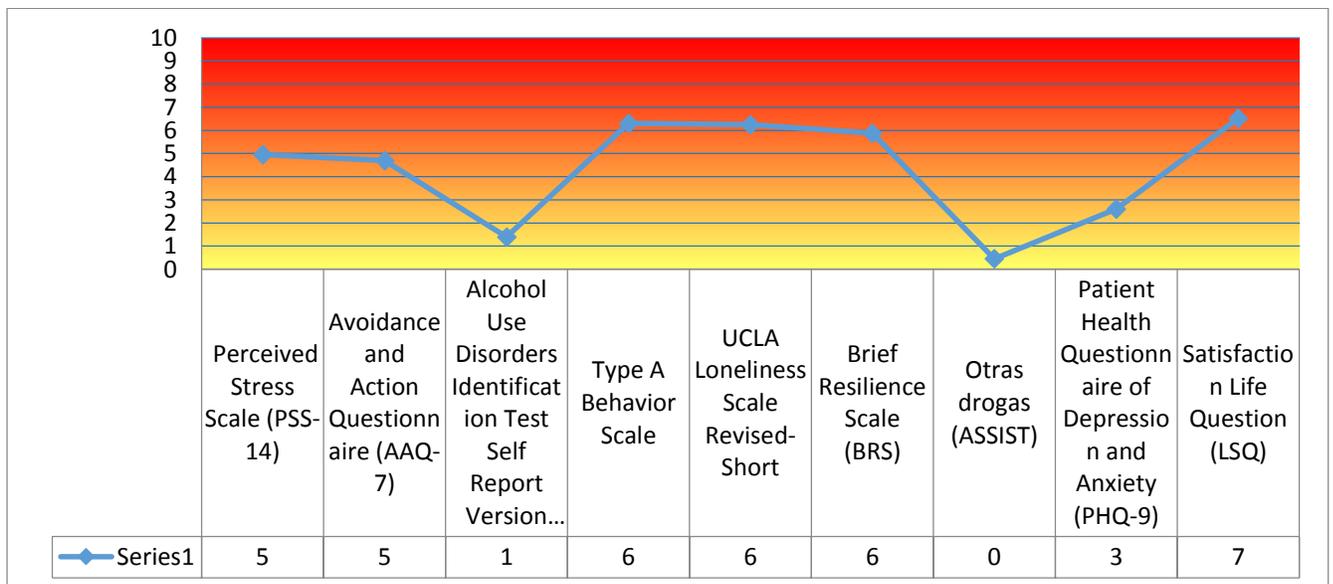
3.3 Resultados respecto al género femenino

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicométricos aplicada a 60 estudiantes correspondientes al género femenino de la muestra investigada.

De igual manera para la realización de este análisis se ha considerado una puntuación estandarizada con una escala que comprende del 1 al 10, tomando en cuenta el número 5 como el valor de puntuación que se encuentra sobre la media. En este sentido las puntuaciones se ubican en la siguiente escala:

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

A continuación se expone la figura 6 comprendida por los resultados globales del género femenino:



3.3.1 Figura 6: Resultados totales de la batería de instrumentos estandarizados que han sido utilizados en el género femenino.

Elaborado por: Natalia Román.

A partir del estudio de la batería de instrumentos estandarizados aplicados a la población femenina de la muestra investigada (Figura.6) la primera variable a analizar es la variable de Perceived Stress Scale (PSS-14) encargada de evaluar el nivel de estrés percibido.

La variable correspondiente a la evaluación del estrés en la muestra femenina se encuentra dentro de la media de lo esperado, ubicada con 5 puntos (Ver figura 6.), por lo tanto no actúa como un factor de riesgo y se considera como un factor de protección, ya que los síntomas relacionados con el estrés en las mujeres se encuentran dentro de lo esperado.

3.3.2 Tabla 9. FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14) Para el género femenino

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1	10	17	22	9	2	
2	5	19	21	12	2	
3	3	10	12	23	11	
4	2	13	25	14	5	
5	0	15	21	19	5	
6	0	7	22	14	15	
7	1	11	20	20	7	
8	3	19	24	11	3	
9	2	8	28	16	5	
10	2	18	17	19	3	
11	2	13	16	16	13	
12	0	7	18	16	16	
13	1	15	25	13	5	
14	5	23	18	8	6	
TOTAL	36	195	289	210	98	828

Elaborado por: Natalia Román.

Al observar la tabla 9 de frecuencias de la variable estrés para el género femenino, podemos señalar que la frecuencia más representativa con 25 mujeres está ubicada en el reactivo 4 señalando la opción “de vez en cuando” lo que significa que esta frecuencia de mujeres ha señalado manejar con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida de vez en cuando. De igual manera una frecuencia de 25 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 13 señalando la opción “de vez en cuando” señalando poder controlar la forma de invertir su tiempo. La segunda frecuencia representativa de 24 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 8, mediante la opción de “vez en cuando”, lo que significa que esta frecuencia de mujeres ha señalado sentir que no

podía afrontar todas las cosas que tenían por hacer, de vez en cuando. Finalmente, la tercera frecuencia más representativa con 23 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 3, mediante la opción “a menudo”, lo que significa que esta frecuencia de mujeres ha señalado que con frecuencia se sienten nerviosas o estresadas.

Al respecto de la variable Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) encargada de evaluar la flexibilidad y la inflexibilidad psicológica se puede observar que en la población femenina se encuentra ubicada con una puntuación de 5 puntos (Ver figura 6.) dentro de la media de lo esperado, lo cual la ubica también a esta variable como un factor de protección. Señalando una tendencia de flexibilidad psicológica en el estilo de afrontamiento en la población femenina de la muestra.

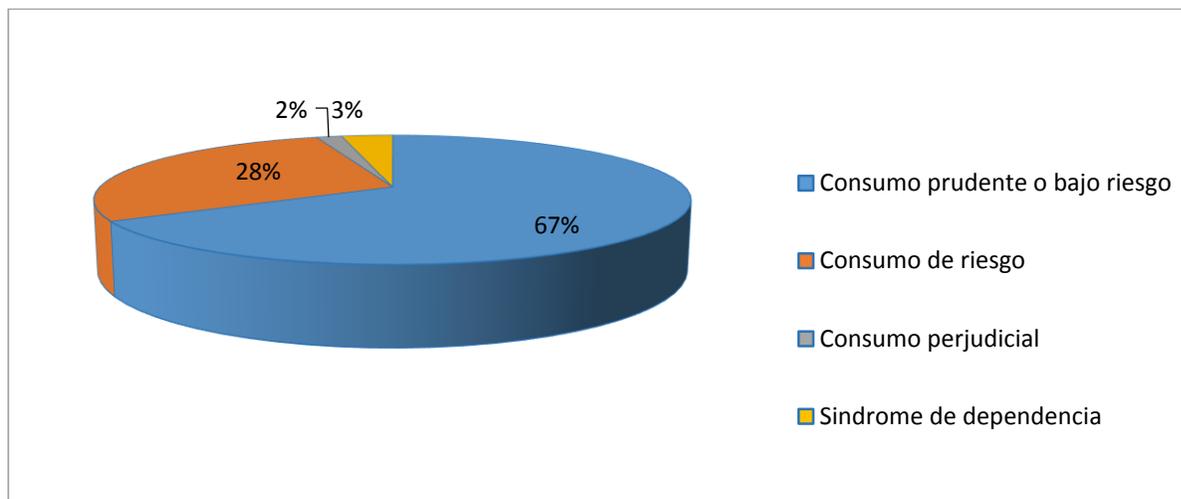
3.3.3 Tabla 10. FRECUENCIA Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) Para el género femenino

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	10	21	4	15	3	4	3	
2	7	14	3	17	4	8	7	
3	12	16	8	8	6	8	2	
4	14	11	8	12	3	9	3	
5	8	13	8	15	5	6	5	
6	21	12	3	7	7	3	7	
7	16	15	8	8	4	6	3	
TOTAL	88	102	42	82	32	44	30	420

Elaborado por: Natalia Román.

Al observar la tabla 10 podemos señalar que la frecuencia más representativa con 21 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 1, mediante la opción “muy raramente es verdad” lo que significa que esta frecuencia de mujeres han señalado que raramente sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea más difícil vivir la vida que quisieran. De igual manera la frecuencia más representativa con 21 mujeres se encuentra ubicada también en el reactivo 6, señalando la opción “nunca es verdad” lo que nos indica que esta frecuencia de mujeres ha señalado nunca sentir que otras personas lleven su vida mejor que ellas. Finalmente, una frecuencia de 17 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 2, señalando la opción “a veces es verdad” señalando que a veces tienen miedo de sus sentimientos.

De acuerdo a lo que respecta a la variable relacionada con el cuestionario sobre el consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) los resultados que se encontraron en la población femenina (Ver figura 6) señalan la ubicación de la variable situada con una puntuación de 1 punto, significativamente inferior al promedio tomando en cuenta la escala del 1 al 10, donde el consumo de riesgo se encuentra ubicado en la escala 6-10 puntos, por lo que señalamos que en la población femenina el consumo problemático de alcohol no es una variable de riesgo, por lo tanto es un factor de protección.



3.3.4 Figura 7: Resultados del test AUDIT en la población femenina.

Elaborado por: Natalia Román.

Analizando los datos de la figura 7, podemos señalar que el 67% de la población femenina, correspondiente a 40 mujeres señala un consumo ocasional, prudente o de bajo riesgo de alcohol, siendo además este porcentaje el más representativo de esta población. El 28% de la muestra femenina correspondiente a 17 mujeres señala un consumo mensual o consumo de riesgo de alcohol, el 3% de la muestra femenina correspondiente a dos mujeres señala un consumo de alcohol diariamente o casi diario de alcohol, señalando un síndrome de dependencia y el 2% de la muestra femenina correspondiente a 1 mujer señala un consumo semanal o consumo perjudicial de alcohol.

En lo referente a la variable que evalúa la tipología de personalidad A (Type A Behavior Scale) los resultados encontrados en la muestra femenina son los siguientes:

De manera general la variable correspondiente a la evaluación de la tipología de personalidad A se encuentra ubicada con 6 puntos (Ver figura 6) superando a la media establecida de 5 puntos, lo cual en la muestra femenina la ubica en la escala de riesgo (6-10 puntos). Estos resultados

indican que en la muestra femenina se han encontrado características de la personalidad relacionadas con la tendencia a la competitividad, hostilidad, presión de tiempo y tendencia al estrés.

3.3.5 Tabla 11. FRECUENCIA Type A Behavior Scale Para el género femenino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	31	14	14	0

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	8	28	12	11	
3	9	26	21	3	
4	9	18	20	11	
5	7	24	16	10	
6	10	29	13	4	
TOTAL	64	110	83	35	292

Reactivo	Si	No	
7	47	13	
8	43	17	
9	46	13	
10	43	17	
TOTAL	179	60	239

Elaborado por: Natalia Román.

En la tabla 11 podemos observar que el reactivo 1 presenta una frecuencia de 31 mujeres, correspondientes a la opción “muy bien” señalando tener un fuerte deseo de sobresalir y ser las mejores en la mayor parte de cosas. El reactivo 6 presenta una frecuencia de 29 mujeres, correspondientes a la opción “de vez en cuando” señalando sentirse presionadas por el tiempo, de vez en cuando. El reactivo 7 presenta una frecuencia de 47 mujeres, marcando la opción “sí” señalando llevarse trabajo a casa y seguir pensando en ello fuera del ambiente escolar, ésta es además la frecuencia más representativa de la variable personalidad tipo A.

En lo referente a la variable del apoyo social, evaluado a través del cuestionario UCLA Loneliness Scale Revised-Short que evalúa la sensación de soledad percibida, en la muestra femenina se han encontrado los siguientes resultados:

A nivel general, tomando en cuenta la figura 6 de resultados generales del género femenino podemos señalar que la variable del apoyo social a través de la soledad percibida se encuentra con una puntuación de 6, ubicándose en la escala de riesgo (6-10 puntos), lo que convierte a esta variable como un factor de riesgo en la muestra femenina investigada.

3.3.6 Tabla 12. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short Para el género femenino

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	10	24	25	1	
2	6	24	23	7	
3	10	19	28	3	
4	10	16	20	13	
5	4	13	21	22	
6	10	18	23	6	
7	13	22	17	5	
8	3	26	27	3	
9	2	11	24	20	
10	4	11	29	14	
11	12	29	16	3	
12	17	17	22	2	
13	5	23	21	11	
14	15	24	17	3	
15	4	21	25	10	
16	6	20	22	9	
17	10	21	21	7	
18	3	26	25	5	
19	6	16	19	16	
20	4	16	24	16	
TOTAL	154	397	449	176	1176

Elaborado por: Natalia Román.

Al observar la tabla 12 podemos encontrar que la frecuencia más representativa con 29 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 10 mediante la opción “a veces” lo que significa que esta frecuencia de mujeres ha señalado a veces sentirse cercanas a las personas. La frecuencia más

representativa con 29 mujeres se encuentra ubicada también en el reactivo 11 señalando la opción “rara vez” lo que significa que esta frecuencia de mujeres ha señalado con poca frecuencia sentirse excluidas. La segunda frecuencia más representativa se encuentra representada con 28 mujeres en el reactivo 3, mediante la opción “a veces” lo que significa que esta frecuencia de mujeres ha señalado sentir que no hay nadie a quien puedan pedir ayuda a veces. Finalmente, la tercera frecuencia más representativa con 26 mujeres se encuentra ubicada en el reactivo 18 mediante la opción “rara vez” señalando que rara vez sienten que las personas de su alrededor no están con ellas.

En lo que respecta a los resultados generales del género femenino sobre la variable que evalúa la resiliencia, la variable muestra un puntaje de 6 puntos, (Ver figura6) lo que la ubica por encima de la media y se constituye como una variable protectora.

En la tabla 13 se exponen los resultados de la variable que evalúa la resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS):

3.3.7 Tabla 13. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS) Para el género femenino

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	7	9	20	15	9	
2	8	18	17	12	3	
3	6	17	26	3	6	
4	9	14	22	9	4	
5	11	19	21	2	4	
6	8	14	22	10	6	
TOTAL	49	91	128	51	32	351

Elaborado por: Natalia Román.

Haciendo relación a la tabla 13 podemos señalar que la mayor frecuencia de mujeres, se encuentra situada en el reactivo 3, en la opción “neutral”, lo que indica que 26 mujeres señalan no llevarles mucho tiempo en recuperarse de una situación estresante.

En lo relacionado a la variable que evalúa el consumo de otras drogas ASSIST los resultados que se presentan en la población femenina son los siguientes:

Los resultados generales expresados en la figura 6 ubican a la variable ASSIST con un puntaje de 0 puntos, por lo que en la población femenina de la muestra investigada el consumo de sustancias no es un factor de riesgo.

Sin embargo, se ha considerado importante el análisis de las sustancias que la muestra femenina ha afirmado consumir “a diario o casi a diario” expuestos a continuación en la tabla 14:

3.3.8 Tabla 14. PORCENTAJE ASSIST Para el género femenino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	91.7	5.0	1.7	0.0	1.7
2	71.7	28.3	0.0	0.0	0.0
3	56.7	31.7	5.0	5.0	0.0
4	86.7	6.7	1.7	1.7	0.0
5	91.7	6.7	1.7	0.0	0.0
6	91.7	1.7	3.3	0.0	0.0
7	91.7	5.0	1.7	0.0	0.0
8	91.7	5.0	1.7	0.0	1.7
9	93.3	3.3	0.0	0.0	0.0
10	96.7	3.3	0.0	0.0	0.0
11	95.0	3.3	1.7	0.0	0.0

Elaborado por: Natalia Román.

El 1,7% de la población femenina, correspondiente a 1 mujer ha manifestado mediante el reactivo 1 un consumo “a diario o casi a diario” de drogas. De igual manera el 1,7% de la población femenina, correspondiente a 1 mujer ha manifestado también mediante el reactivo 8 un consumo “a diario o casi a diario” de sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprozolan, clonazepan).

En lo referente a la variable de ansiedad y depresión. Evaluada por el cuestionario Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) en la muestra femenina se han encontrado los siguientes resultados:

En la figura 6 de puntuaciones generales de la población femenina podemos observar que la variable que evalúa la ansiedad y depresión se encuentra ubicada con una puntuación de 3 puntos, lo cual indica que en la muestra femenina esta variable no constituye un factor de riesgo, al ubicarse con un puntaje inferior a la escala de riesgo de 6-10 puntos.

**3.3.9 Tabla 15. FRECUENCIA Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)
Para el género femenino**

Reactivo					
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	
1	23	29	6	2	
2	19	28	6	6	
3	20	29	5	5	
4	19	26	9	5	
5	29	25	2	2	
6	25	24	3	8	
7	32	22	2	2	
8	35	19	5	1	
9	28	19	4	8	
TOTAL	230	221	42	39	532

Elaborado por: Natalia Román.

Haciendo referencia a la tabla 15 podemos observar que la mayor frecuencia se encuentra ubicada en el reactivo 8 con 35 mujeres, mediante opción “nunca”, lo que significa que esta frecuencia de mujeres señala que nunca han sentido moverse tan despacio que otras personas puedan darse cuenta, o estar tan inquietas o intranquilas que dan vueltas de un lugar a otro. En el reactivo 7 se encuentra una frecuencia de 32 mujeres que señalan la opción “nunca” en lo que hace referencia a problemas de concentración en actividades como leer el periódico o mirar la televisión.

Por último el cuestionario Satisfaction Life Question (LSQ) encargado de la evaluación de la satisfacción vital ha mostrado en la población femenina los siguientes resultados:

En la figura 6 de puntuaciones generales de la población femenina, la puntuación de la variable de satisfacción vital tiene un valor de 7 puntos, lo que la convierte en un factor de protección de la población femenina investigada.

3.3.10 Tabla 16. FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	0	0	0	1	17	4	6	12	10	5	55

Elaborado por: Natalia Román.

Haciendo referencia a la tabla 16 podemos señalar que la mayor frecuencia relacionada con la satisfacción vital se encuentra ubicada en la opción neutral (5 puntos) con una frecuencia de 17 mujeres. La puntuación 8 se encuentra con una frecuencia de 12 mujeres señalando una percepción vital satisfactoria.

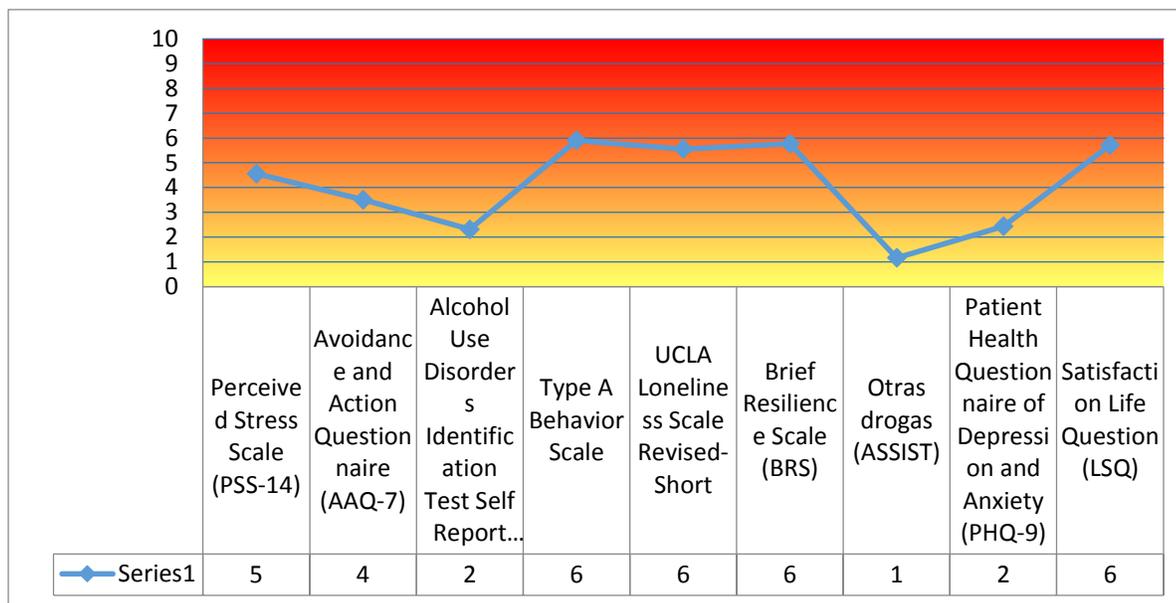
3.4 Resultados respecto al género masculino

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicométricos aplicada a 42 estudiantes de género masculino de la muestra investigada.

De igual manera para la realización de este análisis se ha considerado una puntuación estandarizada con una escala que comprende del 1 al 10, tomando en cuenta el número 5 como el valor de puntuación que se encuentra sobre la media. En este sentido las puntuaciones se ubican en la siguiente escala:

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

A continuación se expone la figura 8 comprendida por los resultados globales del género masculino:



3.4.1 Figura 8: Resultados totales de la batería de instrumentos estandarizados que han sido utilizados en el género masculino.

Elaborado por: Natalia Román.

A partir del estudio de la batería de instrumentos estandarizados aplicados a la muestra masculina (Figura.8) la primera variable a analizar es la variable de Perceived Stress Scale (PSS-14) encargada de evaluar el nivel de estrés percibido. A continuación se presentan los resultados de esta variable en la muestra masculina:

La variable correspondiente a la evaluación del estrés se encuentra ubicada sobre la media de 5 puntos, por lo tanto en la muestra masculina esta variable no actúa como un factor de riesgo y se le considera un factor de protección.

3.4.2 Tabla 17. FRECUENCIA Percived Stress Scale (PSS-14) Para el género masculino

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	7	11	15	7	1
2	8	9	14	9	0
3	3	6	15	12	6
4	3	4	11	20	3
5	1	8	16	11	5
6	3	5	16	14	4
7	3	4	15	16	4

8	7	14	17	2	2	
9	2	4	11	16	6	
10	3	9	13	14	2	
11	3	8	14	8	7	
12	2	2	17	11	9	
13	4	8	16	10	3	
14	7	10	17	5	3	
TOTAL	56	102	207	155	55	575

Elaborado por: Natalia Román.

Al apreciar la tabla 17 podemos señalar que la mayor frecuencia de esta variable correspondiente a 20 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 4 señalando la opción “a menudo”, lo que indica que esta frecuencia de hombres ha señalado manejar con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida a menudo. La segunda frecuencia más representativa se encuentra ubicada en los reactivos 8,12 y 14, con 17 hombres mediante la opción “de vez en cuando”, lo que sugiere que esta frecuencia de hombres han señalado de vez en cuando sentir que no podían afrontar todas las cosas que tenían por hacer, pensar sobre las cosas que les quedan por hacer y sentir que las dificultades se acumulan tanto que no podrían superarlas, respectivamente. La tercera frecuencia más representativa con 16 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 9, señalando la opción “a menudo”, lo que señala que esta frecuencia de hombres ha señalado frecuentemente sentir que han podido controlar las dificultades de su vida.

Al respecto de la variable encargada de evaluar el estilo de afrontamiento a través de la flexibilidad y la inflexibilidad psicológica mediante el cuestionario Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) en la población masculina se encontraron los siguientes resultados:

A nivel general se puede observar en la figura 8 que esta variable se encuentra ubicada con 4 puntos, ubicándose como un factor de protección en la población masculina.

3.4.3 Tabla 18. FRECUENCIA Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) Para el género masculino

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

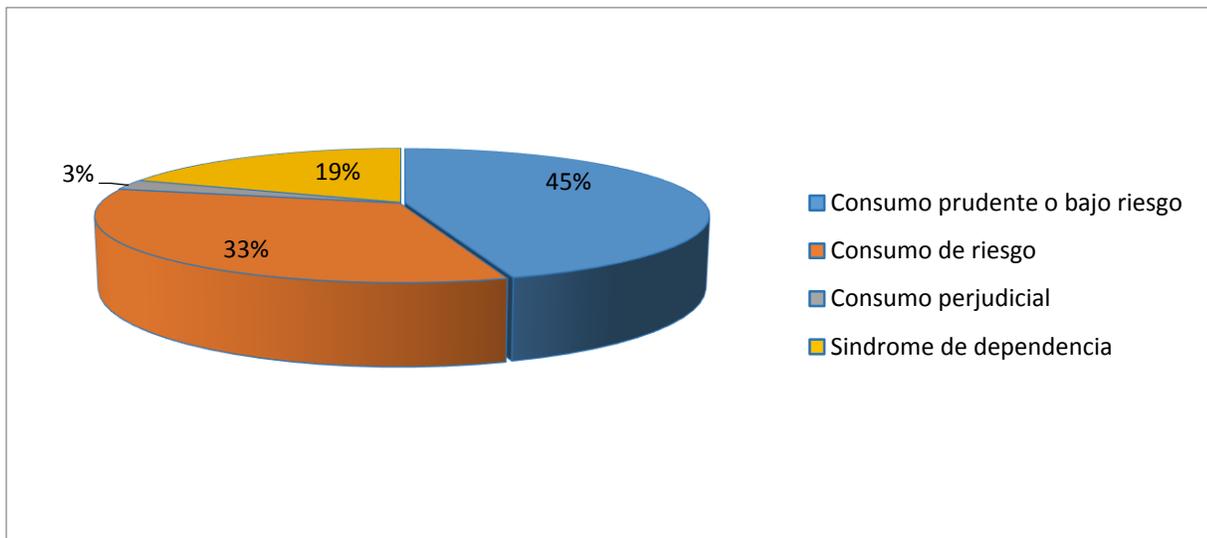
1	17	9	5	7	3	0	0	
2	15	9	5	5	1	3	2	
3	13	10	4	12	1	0	1	
4	19	8	3	6	2	1	2	
5	16	8	4	6	4	2	1	
6	16	10	4	5	3	1	2	
7	12	9	5	8	2	4	0	
TOTAL	108	63	30	49	16	11	8	285

Elaborado por: Natalia Román.

En la tabla 18 se presentan las frecuencias correspondientes a la variable inflexibilidad psicológica, donde podemos observar que la frecuencia más representativa con 19 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 4 mediante la opción “nunca es verdad”, lo que significa que esta frecuencia de hombres ha señalado que nunca sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena. La segunda frecuencia más representativa con 17 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 1 mediante la opción “nunca es verdad”, lo que significa que esta frecuencia de hombres ha señalado que nunca sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que sea difícil vivir la vida que quisieran.

De acuerdo a lo que respecta a la variable relacionada con el cuestionario sobre el consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) los resultados que se encontraron en la muestra masculina son los siguientes:

A nivel general podemos observar en la figura 8 de resultados de la población masculina que esta variable se encuentra con una puntuación de 2 puntos, razón por la cual en esta población no es considerada un factor de riesgo, debido a que tiene una ubicación representativamente inferior a la escala de riesgo (6-10 puntos).



3.4.4 Figura 9: Resultados del test AUDIT en la población masculina.

Elaborado por: Natalia Román.

Podemos corroborar lo expresado en la figura 8 de resultados del test AUDIT con la figura 9, donde observamos que el porcentaje más representativo de la población masculina es el que señala un consumo ocasional, prudente o de bajo riesgo, con un valor de 45% correspondiente a 19 hombres. El 33% de la población masculina correspondiente a 14 hombres señala un consumo mensual o consumo de riesgo, el 19% de la población masculina correspondiente a 8 hombres señala un consumo diario o casi a diario de alcohol, por lo tanto presenta un síndrome de dependencia y el 3% de la muestra masculina correspondiente a 1 hombre señala un consumo semanal o perjudicial de alcohol.

En lo referente a la variable que evalúa la personalidad tipo A (Type A Behavior Scale) los resultados encontrados en la población masculina de la muestra investigada son los siguientes:

A nivel general podemos señalar a partir de la figura 8 que esta variable se ubica con una puntuación de 6, lo que la ubica sobre el nivel de la media de 5 puntos, y la ubica en la puntuación de riesgo (6-10 puntos) significando que en la población masculina se han encontrado características de la personalidad relacionadas con la tendencia a la competitividad, hostilidad, presión de tiempo y tendencia al estrés.

3.4.5 Tabla 19. FRECUENCIA Type A Behavior Scale Para el género masculino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	25	10	5	2

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	5	14	11	11	
3	9	20	6	7	
4	13	11	8	8	
5	9	15	11	7	
6	4	18	8	12	
TOTAL	65	88	49	47	249

Reactivo	Si	No	
7	29	12	
8	25	15	
9	25	14	
10	29	11	
TOTAL	108	52	160

Elaborado por: Natalia Román.

Mediante la tabla 19 podemos observar que una frecuencia de 25 hombres han respondido mediante la opción “muy bien” al reactivo 1 correspondiente al deseo de sobre salir y ser los mejores en la mayoría de las cosas. El reactivo 3 presenta una frecuencia de 20 hombres que señalaron la opción “de vez en cuando” respecto a sentirse exigentes y competitivos. La frecuencia más representativa de esta variable con 29 hombres se encuentra ubicada en los reactivos 7 y 10, señalando la opción “sí” lo que indica que esta frecuencia de hombres ha señalado haber llevado trabajo a casa y seguir pensando en ello fuera del horario escolar, así como sentirse molestos esperando.

En lo referente a la variable apoyo social evaluada a través de la sensación de soledad percibida, mediante el cuestionario UCLA Loneliness Scale Revised-Short, en la población masculina se han encontrado los siguientes resultados:

A nivel general y como lo podemos observar en la figura 8 esta variable se encuentra situada con una puntuación de 6 puntos, dentro de la escala de riesgo (6-10 Puntos) por lo tanto en esta

población de la muestra investigada esta variable es considerada como un factor de riesgo, debido a la que el nivel de soledad percibida supera la media de lo esperado.

3.4.6 Tabla 20. FRECUENCIA UCLA Loneliness Scale Revised-Short Para el género masculino

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre	
1	7	17	16	2	
2	9	16	12	4	
3	13	15	10	2	
4	14	15	10	2	
5	8	13	6	14	
6	8	15	13	5	
7	15	16	7	0	
8	10	15	16	0	
9	7	10	17	7	
10	6	13	16	6	
11	14	13	12	2	
12	14	14	11	1	
13	10	13	11	4	
14	12	15	12	2	
15	7	11	16	8	
16	8	11	16	7	
17	7	13	17	4	
18	11	18	8	4	
19	9	14	13	5	
20	6	12	15	9	
TOTAL	195	279	254	88	816

Elaborado por: Natalia Román.

Como puede ser evidenciado en la tabla 20 la mayor frecuencia de 18 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 18, mediante la opción “rara vez” lo que indica que esta frecuencia de hombres ha señalado que con poca frecuencia sienten que las personas de alrededor no están con ellos. La segunda frecuencia más representativa con 17 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 1 mediante la opción “rara vez”, lo que señala que esta frecuencia de hombres ha señalado rara vez sentir que la gente que los rodea los entienden. La segunda frecuencia más representativa con 17 hombres se encuentra ubicada también en el reactivo 9 mediante la opción “a veces” significando que esta frecuencia de hombres se sienten sociables y amistosos, de vez en cuando.

A continuación se presentan los resultados de la variable que evalúa la resiliencia a través del cuestionario Brief Resilience Scale (BRS) en la muestra masculina investigada.

Como puede ser constatado en la figura 8 esta variable se encuentra situada en un puntaje de seis puntos, por encima de la media de lo esperado, lo que la convierte en un factor de protección.

3.4.7 Tabla 21. FRECUENCIA Brief Resilience Scale (BRS) Para el género masculino

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1	11	8	5	8	8	
2	6	8	16	7	4	
3	12	7	8	7	4	
4	9	10	14	8	1	
5	7	11	14	5	4	
6	8	10	9	10	5	
TOTAL	53	54	66	45	26	244

Elaborado por: Natalia Román.

Al observar la tabla 21 encontramos que la mayor frecuencia de 16 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 2 señalando la opción “neutral”, lo que significa que esta frecuencia de hombres ha señalado sentirse neutrales respecto a pasar mal superando situaciones estresantes. La segunda frecuencia significativa con 14 hombres se encuentra ubicada en los reactivos 4 y 5, mediante la opción “neutral”, lo que significa que esta frecuencia de hombres ha señalado sentirse neutrales respecto a la dificultad para recuperarse cuando algo malo sucede y normalmente pasar momentos difíciles sin gran problema.

En lo relacionado a la variable que evalúa el consumo de otras drogas ASSIST los resultados que se presenta la población masculina son los siguientes:

Tomando como referencia la figura 8 podemos observar que esta variable a nivel general se encuentra ubicada con un puntaje de 1 punto, lo que la ubica significativamente debajo de la puntuación de riesgo (6-10 puntos), por lo tanto en la muestra masculina esta variable no representa un factor de riesgo.

Sin embargo, se ha considerado importante el análisis de los porcentajes de las sustancias psicoactivas que los estudiantes pertenecientes al género masculino han manifestado consumir a diario o casi a diario.

3.4.8 Tabla 22 PORCENTAJE Test ASSIST Para el género masculino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	71.4	21.4	4.8	2.4	0.0
2	57.1	16.7	19.0	2.4	4.8
3	57.1	23.8	7.1	9.5	2.4
4	73.8	14.3	4.8	4.8	2.4
5	81.0	11.9	0.0	4.8	0.0
6	81.0	7.1	4.8	4.8	0.0
7	85.7	2.4	4.8	4.8	0.0
8	83.3	2.4	7.1	2.4	2.4
9	85.7	0.0	4.8	7.1	2.4
10	83.3	7.1	0.0	4.8	4.8
11	81.0	4.8	4.8	2.4	7.1

Elaborado por: Natalia Román.

Como puede ser observado en la tabla 22 el porcentaje más representativo de la población masculina se encuentra en el reactivo 11 señalando un 7.1% correspondiente a 3 hombres que han señalado consumo otras sustancias psicoactivas diariamente o casi a diario. El 4.8% de la población masculina, correspondiente a 2 hombres señaló tener un consumo “a diario o casi a diario” de tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puro, etc.). De igual manera el 4.8% de la población masculina, correspondiente a 2 hombres señaló tener un consumo “a diario o casi a diario” opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.). El 2.4% de la población masculina, correspondiente a 1 hombre ha señalado también tener un consumo “a diario o casi a diario” de alcohol (cerveza, vinos, licores, cócteles, etc.), el 2.4% de la población masculina correspondiente a 1 hombre, ha señalado también tener un consumo “a diario o casi a diario” de cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.), igualmente el 2.4% de la población masculina, correspondiente a 1 hombre ha señalado también tener un consumo “a diario o casi a diario de sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolán, clonazepan, etc.) y finalmente el 2.4% de la población masculina correspondiente a 1 hombre ha señalado también tener un consumo “a diario o casi a diario de alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina).

En lo referente a la variable encargada de evaluar la Ansiedad y la Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) en la muestra masculina investigada se han encontrado los siguientes resultados:

Tomando como referencia la figura 8 podemos observar que esta variable se encuentra ubicada con un puntaje de 2 puntos, ubicándola por debajo de la media equivalente a 5 puntos, lo que señala que en la población masculina esta variable no representa un factor de riesgo.

**3.4.9 Tabla 23. FRECUENCIA. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)
Para el género masculino**

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	16	15	9	2	
2	17	16	5	3	
3	24	11	5	2	
4	19	12	6	3	
5	23	6	8	3	
6	22	11	5	3	
7	25	10	3	4	
8	26	6	8	2	
9	26	9	5	2	
TOTAL	198	96	54	24	372

Elaborado por: Natalia Román.

Observando la tabla 23 podemos señalar que la frecuencia más representativa de esta variable con 26 hombres se encuentra ubicada en los reactivos 8 y 9 mediante la opción “nunca”, lo que significa que esta frecuencia de hombres ha señalado que nunca se mueven o hablan tan despacio que otras personas pueden darse cuenta, de igual manera han señalado nunca pensar que estarían mejor muertos o desear hacerse daño de alguna manera. La segunda frecuencia más representativa con 25 hombres se encuentra ubicada en el reactivo 7, mediante la opción “nunca”, lo que significa que esta frecuencia de hombres ha señalado nunca haber tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver la televisión.

Por último la variable de satisfacción vital evaluada mediante el cuestionario Satisfaction Life Question (LSQ) en la muestra masculina muestra los siguientes resultados:

A nivel general, como se puede observar en la figura 8, esta variable ha alcanzado un puntaje de 6 puntos por lo cual en la muestra masculina esta variable es considerada como un factor de protección.

Esto puede ser corroborado al observar la tabla 23 donde la mayor frecuencia con 9 hombres se encuentra ubicada sobre la categoría 8 señalando una autopercepción de satisfacción vital favorable.

3.4.10 Tabla 24. FRECUENCIA Satisfaction Life Question (LSQ)

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	1	0	0	0	7	5	5	9	3	4	34

Elaborado por: Natalia Román.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

Mediante el análisis de la distribución de las variables investigadas se han podido encontrar los siguientes resultados:

En lo correspondiente al *estrés percibido*, evaluado a través del cuestionario Perceived Stress Scale (PSS-14) en la muestra investigada esta variable ha obtenido una puntuación sobre la media de 5 puntos, lo que significa que la variable del estrés no representa un factor de riesgo, ya que los síntomas de estrés como irritabilidad, preocupación excesiva, inquietud o angustia, se encuentran dentro de lo esperado, por lo tanto esta variable es un factor de protección en lo relacionado con la salud mental. Este resultado es similar a lo expuesto por McDowell & Hostetler (2000) quienes señalan que manifestar síntomas moderados de estrés, es un indicio de un desarrollo mental saludable. Según Lara (2005) los síntomas de estrés en la adolescencia pueden generar desórdenes como “la depresión, el abuso de sustancias y los desórdenes de alimentación” (pág. 32).

En lo relacionado al género, la variable correspondiente al estrés percibido ha puntuado sobre la media de lo esperado en ambos géneros, lo cual señala que tanto en el género masculino como en el género femenino esta variable no representa un factor de riesgo, ya que los síntomas relacionados con el estrés corresponden a lo esperado. Este resultado difiere de los resultados expuestos por González & Landero (2008) en un estudio realizado a 2,410 estudiantes donde se encontró más síntomas de estrés en mujeres que en hombres.

De igual manera podemos señalar en la presente investigación que la variable del estrés y el consumo de sustancias son variables que han puntuado como de bajo riesgo, este resultado es similar al encontrado por Pérez & Arroyo (2010) donde el estrés y el consumo de sustancias se vieron relacionados, debido a que los resultados emanados por la muestra de adictos puntuaron mayormente en estrés que lo observado en las muestras de estudiantes sin consumo problemático de sustancias.

De igual forma la variable del estrés y las variables indicadoras de la salud mental como ansiedad, depresión y han puntuado como bajo riesgo. Este resultado es similar al encontrado por Pérez & Arroyo (2010) que pretendió analizar el estrés percibido a 133 adictos a sustancias en tratamiento, donde se encontró una correlación significativa entre el estrés percibido y trastornos de la personalidad como la ansiedad y la depresión.

La variable de *inflexibilidad psicológica*, evaluada a través del cuestionario Avoidance and Action Questionnaire(AAQ-7) ha mostrado en la muestra investigada una puntuación de 4 puntos,

ubicándose en la escala de bajo riesgo (0-4 puntos), lo que indica que en la muestra investigada la flexibilidad psicológica se considera como un factor de protección.

Este resultado permite corroborar la función mediadora de esta variable respecto al consumo de sustancias ya que ambas se encuentran con puntajes de bajo riesgo y se conciben como protectores de la salud mental de las y los estudiantes investigados. Este resultado se asemeja a lo expuesto por Soriano & Valdivia (2006) donde se señala que la inflexibilidad psicológica puede ocasionar deterioro de la salud mental, en casos intensos puede degenerar en trastornos afectivos, de la personalidad y relacionados con el consumo de sustancias.

Haciendo un análisis comparativo de género respecto a la variable relacionada con la inflexibilidad psicológica existe una discrepancia de puntaje por género de un punto, situando a los hombres con un punto por debajo de las mujeres, lo que señala que la población masculina muestra más flexibilidad psicológica, siendo un factor más marcado de protección. Este resultado es similar al expuesto por Barrón, Castilla, Casullo, & Verdú (2007) en un estudio realizado a 417 adolescentes entre 15 y 18 años, donde se encontró que las mujeres muestran más inflexibilidad psicológica que los hombres.

La variable encargada de evaluar del consumo problemático de alcohol a través del cuestionario AUDIT, a manera general en la muestra investigada ha mostrado una puntuación tres puntos, ubicándose en la escala de bajo riesgo (0-4 puntos), lo cual la ubica a esta variable como un factor de protección al señalar que a nivel general la muestra investigada no muestra consumo problemático de alcohol. Sin embargo es importante señalar que de la muestra evaluada 31 estudiantes correspondientes al 30.4% de la muestra investigada han obtenido una puntuación de 7.75 señalando un consumo mensual de alcohol, lo cual corresponde a un consumo de riesgo. También podemos señalar que de la muestra investigada 10 estudiantes correspondientes al 9.8% de la muestra investigada obtuvieron una puntuación de 2.5, señalando un consumo diario o casi diario de alcohol, lo que corresponde al síndrome de dependencia con el alcohol. Finalmente, 2 estudiantes de la muestra investigada correspondientes al 2% de la muestra investigada señalan un consumo semanal de alcohol, proporcionado a un consumo perjudicial de alcohol.

Estos resultado se asemejan a los resultados encontrados por Acaro & Pacheco (2012) en un estudio investigativo realizado por la Universidad de Azuay mediante la aplicación del test AUDIT donde los resultados señalan que la mayoría de estudiantes mantienen un consumo de alcohol ocasional o de bajo riesgo.

Los resultados obtenidos de la variable que evalúa el consumo de alcohol también se asemejan a los resultados presentados por el CONSEP en una investigación a escala nacional, respecto al consumo de alcohol en adolescentes. La investigación reveló que el 4,17% de los adolescentes encuestados usa esporádicamente poca cantidad de alcohol, mientras que el uso ocasional es del 1,72%, señalando así un consumo de bajo riesgo en la mayoría de los adolescentes evaluados. (CONSEP, 2014).

En lo relacionado a los puntajes por género de la variable encargada de evaluar el consumo problemático de alcohol de la muestra investigada, podemos observar que existe una discrepancia de puntaje de género de un punto, situando a las mujeres con un punto por debajo de los hombres, lo que señala que las mujeres consumen menos alcohol que los hombres. Este resultado es similar al encontrado por el INEC en una encuesta realizada a 912.576 personas mayores de 12 años, donde se señaló que el 89.7% de consumo de alcohol corresponde a hombres y el 10.3% de consumo de alcohol corresponde a mujeres. (INEC, 2013).

La variable de la *personalidad tipo A* evaluada a través del cuestionario Type A Behavior Scale, en la muestra investigada ha mostrado una puntuación de seis puntos ubicándose en la escala de riesgo (6-10 puntos), lo que revela que en la muestra investigada se han encontrado características relacionadas con la personalidad tipo A como competitividad, hostilidad, presión de tiempo y tendencia hacia el estrés, representando esta variable un factor de riesgo. Según los estudios presentados por Gutiérrez, Fernández, Gonzalvo, & Paula, la personalidad tipo A presenta características de personalidad relacionadas con características que afectan la salud mental y la salud física como competitividad, agresividad, irritabilidad y también con posibles afecciones físicas como la presión arterial y problemas cardiovasculares. (2014).

En la presente investigación podemos observar que la variable de personalidad tipo A se constituye como un factor de riesgo y la variable del estrés como un factor de protección, este resultado difiere de los resultados expuestos por la APA (2015) donde se señala una relación existente entre estrés y personalidad tipo A.

En lo relacionado al género, los resultados expuestos de la variable que evalúa la personalidad tipo A muestran una igualdad de puntaje en ambos géneros, lo que señala que en hombres y mujeres de la muestra investigada existe un factor de riesgo caracterizado por una tendencia hacia la personalidad A representada por tendencia a la competitividad, hostilidad y presión de tiempo, siendo además una variable vulnerable en relación al estrés.

La variable del *apoyo social* estimada a través de la autopercepción de soledad, ha sido evaluada a través del cuestionario UCLA Loneliness Scale Revised, en la muestra investigada esta variable ha mostrado una puntuación de seis puntos, ubicándose en la escala de riesgo (6-10 puntos), lo que la señala en el caso de la muestra investigada la soledad es un factor de riesgo, ya que se percibe una sensación de soledad que sobrepasa el promedio de lo esperado. Según la literatura expuesta por Montero & Sánchez-Sosa (2001) el apoyo social percibido y las relaciones significativas que sean establecidas, se encuentran relacionados con una evolución afectivo-emocional que se relaciona directamente con la salud mental.

En la presente investigación podemos observar también que la variable de apoyo social se considera de riesgo, sin embargo las variables relacionadas con el consumo de sustancias y sintomatología ansiosa y depresiva marcaron puntuaciones de bajo riesgo, estos resultados son distintos a los resultados encontrados por Montero & Sánchez-Sosa donde se señalan correlaciones significativas entre la autopercepción de soledad y el consumo de alcohol, así como también entre la autopercepción de soledad y la angustia y depresión (2001).

En lo relacionado al género existe también una equidad de puntaje en la variable encargada de evaluar el apoyo social a través de la sensación de soledad percibida, ubicando a ambos géneros un punto por encima de la media, lo que pone a esta variable como un factor de riesgo para hombres y mujeres.

La variable de la *resiliencia* ha sido evaluada a través del cuestionario Brief Resilience Scale (BRS) en la muestra investigada esta variable ha mostrado una puntuación de seis puntos, un punto sobre la media, lo que indica que esta variable se considera un factor de protección en la muestra investigada, ya que señala que los estudiantes tiene herramientas para hacer frente y sobreponerse ante los procesos adversos. La resiliencia, como capacidad de hacerle frente o sobreponerse a acontecimientos desfavorables es una variable mediadora con relación a la salud mental, funcionando como un factor de protección. Este resultado es similar a los estudios realizados por Cano (2009) donde se señala que en los adolescentes la resiliencia es una fuerte conducta protectora, como un escudo que reduce la vulnerabilidad para desarrollar afecciones o trastornos.

En la presente investigación la variable resiliencia y la variable de satisfacción vital puntuaron por encima de la media, ubicándose como factores de protección, este resultado es similar al encontrado por Omar (2006) de la Universidad de Palermo donde se evaluó una muestra de 198

adolescentes argentinos indicándose una correlación positiva entre resiliencia satisfacción vital y bienestar subjetivo.

En lo que respecta al género la variable resiliencia ha puntuado de manera equivalente en ambos géneros, ubicada un punto por encima de la media, funcionando como factor de protección en hombres y mujeres. Este resultado difiere de los resultados encontrado en un estudio realizado por Arratia, Fuentes, Medina, & Borja a 200 estudiantes en México donde se encontró que los hombres muestran mayor resiliencia que las mujeres, con rasgos de ser más independientes. (2008).

La variable del *consumo problemático de sustancias* ha sido evaluada a través del cuestionario ASSIST, la cual de manera general en la muestra investigada ha mostrado una puntuación de un punto, ubicándose en la escala de bajo riesgo (0-4 puntos), lo cual sitúa a esta variable como una variable protectora en la muestra investigada ya que no se observa consumo problemático de sustancias y es una variable indicadora de la salud mental. Sin embargo, es importante señalar que de la muestra investigada 13 estudiantes señalan un consumo problemático de sustancias, es decir un consumo de drogas a diario o casi a diario.

Estos resultados son similares a los encontrados por el CONSEP (2014) en una investigación realizada a nivel nacional donde se señala que la mayoría de los estudiantes investigados realizan un consumo ocasional y experimental de sustancias psicoactivas, lo que convierte a la mayoría del consumo en un consumo de bajo riesgo.

En lo que respecta a las puntuaciones por género de la variable del consumo problemático de sustancias, existe una puntuación significativamente inferior en ambos géneros, pero ubicando a la puntuación de las mujeres un punto por debajo de la puntuación de los hombres, con un puntaje de cero puntos, ubicándose en la escala de bajo riesgo (0-4 puntos), lo que indica que a manera general el género femenino no mantiene consumo problemático de sustancias, constituyendo a esta variable como un factor de protección. Sin embargo, analizando las sustancias que las mujeres señalaron consumir a diario o casi a diario podemos señalar que de la muestra investigada 2 mujeres se ubican en el consumo problemático de sustancias. Por otra parte, la población masculina se encuentra con una puntuación de un punto, ubicándose también en la escala de bajo riesgo (0-4 puntos), lo que indica que la población masculina de manera general tampoco muestra un consumo problemático de sustancias, señalando a esta variable como un factor de protección. Sin embargo, analizando las sustancias que los hombres señalaron consumir a diario o casi a diario podemos señalar que de la muestra investigada 11 hombres se

ubican en el consumo problemático de sustancias, es decir un consumo diario o casi a diario de drogas. Estos resultados son similares a los resultados expuestos por el CONSEP, donde se señala un mayor consumo de sustancias psicoactivas por parte de los hombres, en comparación con las mujeres (CONSEP, 2014).

La variable de ansiedad y depresión ha sido evaluada a través del cuestionario Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) en la muestra investigada esta variable ha obtenido una puntuación de tres puntos, ubicándose en la escala de bajo riesgo (0-4 puntos), lo cual indica a esta variable como variable protectora de la salud mental, ya que la muestra investigada no evidencia sintomatología ansiosa y depresiva. Según los estudios publicados por la APA tanto la ansiedad, como los trastornos de ánimo significan afecciones que comprometen el desarrollo saludable de la salud mental (APA, 2015).

Por otro lado, podemos observar en la muestra investigada que la variable de ansiedad y depresión, así como la variable del consumo de sustancias se encuentran por debajo de la media y ubicadas como variables de protección. Este resultado es similar al realizado por Irurtia, Caballo, & Ovejero (2009) donde se ha encontrado una relación existente entre el consumo problemático de sustancias, entre las más frecuentes el alcohol, tabaco y cocaína con síntomas relacionados con la ansiedad y depresión.

De otra manera, podemos observar también que en la muestra investigada, la variable relacionada al estrés percibido así como la variable de ansiedad y depresión han puntuado de bajo riesgo, resultado que es similar al encontrado por Barra, Cerna, Kramm & Véliz (2006) en una investigación realizada a 497 estudiantes chilenos donde se encontró relaciones significativas con el estrés percibido y con el ánimo depresivo.

Respecto a la variable encargada de evaluar la ansiedad y depresión, ambos géneros puntuaron por debajo de la media, lo que señala que esta variable no representa riesgo, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, cabe señalar que la población femenina ha puntuado un punto por encima de la masculina, indicando que en las mujeres se encuentran mayor cantidad de síntomas ansiosos y depresivos en comparación con los hombres. Este resultado es similar a los resultados encontrados en una investigación realizada por Morla & Saad (2008) en adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, donde se encontró que existen más casos depresivos en mujeres que en hombres. Este resultado es similar también a los estudios expuestos por Sue, et, ál. (2012) donde se señala que con

excepción del trastorno obsesivo compulsivo las mujeres muestran más trastornos de ansiedad en comparación con los hombres.

La variable de satisfacción vital ha sido evaluada a través del cuestionario Life Satisfaction Question (LSQ) la cual ha mostrado una puntuación en la muestra investigada de seis puntos, ubicándose sobre la media, lo cual constituye a esta variable como un factor de protección, ya que es una variable considerada también como un indicador de criterio de salud mental. Este resultado se asemeja a los estudios presentados por Chavarría & Barra donde la satisfacción vital mantiene una relación con altos niveles de salud mental, autoeficacia y autoestima (2014).

En lo que respecta a la variable de la satisfacción vital en ambos géneros ha mostrado una puntuación por encima de la media lo que señala esta variable como un factor de protección para hombres y mujeres. Sin embargo, las mujeres puntúan por encima de los hombres con un punto, señalando (Chavarría & Barra, 2014) tener una vida más satisfactoria que los hombres. Este resultado es similar al expuesto por Castellá, et, ál.(2012) en una investigación comparativa donde se encontró mayor satisfacción vital en mujeres que en hombres.

Realizando un análisis respecto a la población femenina encontramos que las variables correspondientes al estrés percibido y la inflexibilidad psicológica, se encuentran ubicadas sobre la media de lo esperado. Lo que señala que en esta población estos factores no representan un factor de riesgo y actúan como variables de protección asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias, debido a que la muestra femenina no experimenta síntomas relacionados con el estrés y su estilo de afrontamiento se encuentra relacionado con la flexibilidad psicológica.

Dos han sido las variables que actúan como factores de riesgo en la muestra femenina .La personalidad tipo A se encuentra ubicada con una puntuación de 6 puntos, correspondiente a la escala de riesgo (6-10 puntos), lo que señala que en la muestra femenina han sido encontradas características de la personalidad relacionadas con la competitividad, hostilidad y presión de tiempo. La variable que mide el apoyo social a través de la autopercepción de la soledad se encuentra ubicada también con una puntuación de 6 puntos correspondiente a la escala de riesgo (6-10 puntos), lo que señala que en la muestra femenina la sensación de soledad es un factor de riesgo.

Por otro lado, la variable de resiliencia ha puntuado por encima de la media, lo que señala que en la muestra femenina esta variable representa un factor de protección, debido a que se encuentran presentes herramientas para hacer frente y superar las dificultades.

Tres variables importantes que son relacionadas como indicadores de salud se encuentran ubicadas con valores representativamente inferiores a la escala de riesgo (6-10 puntos), por lo tanto son considerados en la muestra femenina como factores de protección.

La variable encargada de evaluar consumo problemático de alcohol (AUDIT) tiene una puntuación de 1 punto, lo que señala que de manera general la muestra femenina no experimenta un consumo problemático de alcohol, por lo tanto la función de esta variable es de protección, sin embargo se ha considerado importante señalar que de la muestra investigada 1 mujer señala consumo problemático de alcohol y 2 mujeres señalan síndrome de dependencia. La variable encargada de evaluar el consumo problemático de otras drogas (ASSIST) muestra un puntaje de 0 puntos, lo que indica que la muestra femenina no presenta consumo problemático de drogas, sin embargo se ha considerado relevante señalar que de la muestra femenina 2 mujeres han señalado consumo a diario o casi a diario de sustancias psicoactivas. Finalmente la variable encargada de evaluar la ansiedad y la depresión ha presentado una puntuación de 3 puntos, lo que señala que en la muestra femenina no se ha observado sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que esta variable también se constituye como factor de protección.

Respecto a la variable que evalúa la satisfacción vital, la muestra femenina obtuvo una puntuación de 7 puntos, lo cual ubica a esta variable como un factor de protección.

Debido a estos resultados podemos señalar a manera general que la población femenina de la muestra investigada no presenta consumo problemático de sustancias y muestra una buena salud mental.

Realizando un análisis respecto a la población masculina de la muestra investigada encontramos que la variable correspondiente al estrés se encuentra ubicada sobre la media de lo esperado, señalando que en el género masculino los síntomas relacionados con el estrés se encuentran dentro de lo esperado, por lo tanto es una variable que actúa como protección en lo relacionado a la salud mental

En lo que respecta a la variable inflexibilidad psicológica se encuentra ubicada por debajo de la media de lo esperado, lo que señala que en la muestra masculina el estilo de afrontamiento se encuentra relacionado con la flexibilidad psicológica, por lo tanto esta variable representa un factor de protección en lo relacionado a la salud mental y el consumo de sustancias en el género masculino.

Dos han sido las variables que actúan como factores de riesgo en la muestra masculina .La personalidad tipo A se encuentra ubicada con una puntuación de 6 puntos, correspondiente a la

escala de riesgo (6-10 puntos), lo que señala que en la muestra masculina han sido encontradas características de la personalidad relacionadas con la competitividad, hostilidad y presión de tiempo. La variable que mide el apoyo social a través de la autopercepción de la soledad se encuentra ubicada también con una puntuación de 6 puntos correspondiente a la escala de riesgo (6-10 puntos), lo que señala que en la muestra masculina la sensación de soledad es un factor de riesgo.

Por otro lado, la variable de resiliencia ha puntuado por encima de la media, lo que señala que en la muestra masculina esta variable representa un factor de protección, debido a que se encuentran presentes herramientas para hacer frente y superar las dificultades.

Tres variables importantes que son relacionadas como indicadores de salud se encuentran ubicadas con valores representativamente inferiores a la escala de riesgo (6-10 puntos).

La variable encargada de evaluar consumo problemático de alcohol (AUDIT) tiene una puntuación de 2 puntos, lo que señala que a nivel general la muestra masculina no experimenta un consumo problemático de alcohol, por lo tanto la función de esta variable es de protección, sin embargo se ha considerado importante señalar que de la muestra investigada 14 hombres tienen un consumo de riesgo de alcohol y 8 hombres presentan un síndrome de dependencia. La variable encargada de evaluar el consumo problemático de otras drogas (ASSIST) muestra un puntaje de 1 punto, lo que indica que a manera general la muestra masculina no presenta consumo problemático de sustancias, sin embargo se ha considerado importante señalar que de la muestra investigada 11 hombres han señalado consumo problemático de drogas. Finalmente la variable encargada de evaluar la ansiedad y la depresión ha presentado una puntuación de 2 puntos, lo que señala que a manera general en la muestra masculina no se ha observado sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que esta variable también se constituye como factor de protección.

Respecto a la variable que evalúa la satisfacción vital, la muestra masculina investigada obtuvo una puntuación de 6 puntos, lo cual ubica a esta variable como un factor de protección.

5. CONCLUSIONES

Tras 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 de la parroquia de Tumbaco, perteneciente al Distrito Metropolitano de Quito se pueden evidenciar las siguientes conclusiones:

- Las variables psicosociales consideradas como predictores de la salud mental y el consumo de sustancias corresponden al estrés percibido, la inflexibilidad psicológica, el tipo de personalidad, el apoyo social y la resiliencia.
- Tres de estas variables, correspondientes al estrés percibido, estilo de afrontamiento y resiliencia han marcado puntajes de bajo riesgo, señalándose como como factores de protección.
- Dos de estas variables, correspondientes al tipo de personalidad y apoyo social han marcado puntajes de riesgo, es importante señalar que los factores de riesgo analizados han puntuado un punto por encima de la media, lo cual indica que no es un riesgo considerable, por lo que se puede concluir que la presente muestra presenta un adecuado nivel de salud mental y no muestra tendencias hacia el consumo problemático de sustancias.
- Las variables psicosociales consideradas como indicadores de la salud mental corresponden al consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión y satisfacción vital.
- Todas estas variables indicadoras de salud mental en la muestra investigada han marcado como variables protectoras, al encontrarse con puntuaciones de bajo riesgo, lo que corrobora lo anteriormente señalado respecto a que la muestra evaluada presenta una salud mental favorable.

6. RECOMENDACIONES

Respecto a las variables en riesgo, se recomienda un trabajo de acción preventiva que impida se generen síntomas relacionados con el estrés.

Concretamente en lo relacionado a la personalidad tipo A se recomienda:

- Un taller para estudiantes de reconocimiento de características de personalidad tipo A, vinculación de éstas con el estrés y técnicas para manejarlas.
- Un taller de relajación y respiración a través de la técnica milenaria de Yoga una vez por semana a los estudiantes que hayan manifestado características de este tipo de personalidad, con la finalidad de estimular el autocontrol.

En lo relacionado al apoyo social se recomienda:

- La realización de un taller informativo a padres y educadores respecto a la importancia del apoyo social en adolescentes.
- Elaboración de una red de apoyo social que involucre el ambiente familiar y el ambiente escolar.

En vista de que en la muestra investigada a nivel general no ha mostrado un consumo problemático de sustancias, se recomienda seguir realizando realizar charlas y talleres con enfoque preventivo e informativo sobre del consumo problemático de sustancias.

Se recomienda también el establecimiento de una red de apoyo y evaluación del consumo de sustancias que involucre el personal de bienestar estudiantil y la comunidad familiar.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acaro, A. & Pacheco, J. (2012). Análisis del nivel de consumo de alcohol en los estudiantes del Colegio Nacional Técnico "Gabriel Arsenio Ullauri" de la parroquia Llacao, mediante la aplicación de los test Audit y Cage. Azuay, Ecuador: Universidad del Azuay.
- American Psychological Association. (2015). *Home: centros de apoyo*. Obtenido de Los distintos tipos de estrés: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>
- Anarte, M. T., López, A. E., Ramírez, C., & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos . *anales de psicología* , 133-141.
- Andrade, M. L., Cuenca, L. G., & León, L. R. (2015). *Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación*. Loja: SmartLand.
- Arratia, N. I., Fuentes, L., Medina, J. L., & Borja, Y. C. (2008). Resiliencia en adolescentes Mexicanos . *Enseñanza e investigación en psicología*, 41-52.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y consumo de sustancias.
- Barbero, V. R., & Albéniz, G. G. (2008). La variable de personalidad búsqueda de sensaciones como factor de riesgo en el consumo de drogas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 170-157.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y. *Terapia psicológica*, 55–61.
- Barrón, R. G., Castilla, I. M., Casullo, M., & Verdú, J. B. (2007). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 239-256.
- Barudy, J., & dagtanan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Basantes, J. (20 de Diciembre de 2015). *Salud*. Obtenido de ¿Cuál es el significado de la personalidad inflexible?: <http://www.dmpg.net/%C2%BFcual-es-el-significado-de-la-personalidad-inflexible/>
- Blasco, R. (6 de Febrero de 2015). *Psicólogo especialista en Barcelona*. Obtenido de Rigidez Patológica: <http://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/rigidez-obsesiones/>
- Bobes, J. (2015). Resiliencia: una aproximación al concepto . *Revista de Psiquiatría y salud mental* , 10-17.
- Camacho, I. (2005). factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 41-56.
- Cano, M. A. (31 de julio de 2009). Proyecto de investigación. *Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes*. Costa Rica.

- Carrillo, M. E., Oliva, Y. S., & Tuero, J. L. (23 de Octubre de 2014). *Universidad Pedagógica "José de la Luz y Caballero", Holguín, Cuba*. Obtenido de Definición de la flexibilidad del pensamiento: <http://www.rieoei.org/deloslectores/967Zaldivar.pdf>
- Casas, J., Repullo, J., & Campos, D. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *ELSEVIER*.
- Castellá, J., Saforcada, E., Tonon, G., Rodriguez, L., Mozobancyk, S., & Bedin, L. M. (2012). Bienestar Subjetivo de los Adolescentes: Un Estudio Comparativo entre Argentina y Brasil. *Psychosocial Intervention, 273-280*.
- Chavarría, M. P., & Barra, E. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Terapia psicológica, 17-23*.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación .
- Concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotóxicas. (2014). *Prevención del Consumo Proléptico de Drogas*. Quito: Ministerio de Educación del Ecuador.
- Concejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotóxicas. (2014). *Prevención del Consumo Proléptico de Drogas*. Quito: Ministerio de Educación del Ecuador.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Asamblea Constituyente del Ecuador.
- Córdoba, L. F. (2007). Viktor Emil Frankl: el médico y el. *Iatreia, 314-320*.
- Díaz, G., Rodríguez Materón, M., González Bobadilla, M., & Maldonado. (julio-diciembre de 2011). *Psicología desde el Caribe*. Obtenido de Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21320758003.pdf>
- Diz, J., & Iglesias, L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral, 88-93*.
- Espada, J., Griffin, K., Gilbert, B., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo del alcohol y otras drogas. *Papeles de Psicólogo, 9-17*.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2015). *Pro Psicología*. Obtenido de Ansiedad: <http://www.propsicologia.com/ansiedad.html>
- Fernández, T. (2004). *Biografías y vidas*. Obtenido de Kurt Lewin: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/l/lewin.htm>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia .
- Gantiva Díaz, C. A., Rodríguez Materón, M., González Bobadilla, M., & Maldonado. (julio-diciembre de 2011). *Psicología desde el Caribe*. Obtenido de Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21320758003.pdf>

- Gómez, D., Gutiérrez, M., & Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 45-53.
- González, E. p. (S.F). *Psicología al día*. Obtenido de Personalidad y enfermedad: <http://www.actualpsico.com/personalidad-y-enfermedad/>
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (1995). *UNIVERSIDADE DA CORUÑA. Departamento de Psicología*. Obtenido de Psicología Comunitaria, Apoyo Social: http://www.udc.gal/dep/ps/grupo/programas/apoio_s.pdf
- Greco, C., Morelato, G., & Ison, M. (2006). *Universidad de Palermo*. Obtenido de Emociones Positivas: Una herramienta psicológica para promover el proceso de resiliencia infantil: <http://hdl.handle.net/10226/426>
- Guadalupe, L. A. (2010). *psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F. : Cengage.
- Gutiérrez, A. E., Fernández, D. H., Gonzalvo, I. S., & Paula. (2014). Mediating role of emotional regulation between impulsive behavior. *adicciones*, 282-290.
- 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.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2013). La resiliencia en la salud mental. *Información Clínica*, 73-78. Obtenido de la resiliencia en la salud mental .
- Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (24 de Abril de 2009). *Concejero general de la psicología de España*. Obtenido de trastorno de ansiedad y sustancias psicoactivas: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2333
- Jiménez-Torres, M., Martínez, M. P., Miró, E., & Sánchez, A. I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo:diferencias según el estilo de afrontamiento. *anales de psicología*, 28-36.
- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2006). *Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital*. México, D.F: Cengage Learning.
- Kornblit, D. A., Camarotti, M. A., & Leo, D. P. (2008). *Prevención del consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: UNICEF.
- Laham, D. M. (2007). *Instituto de psicocardiología*. Obtenido de Perfiles de personalidad y coronariopatía I: El patrón de conducta tipo A: <http://www.psicocardiologia.com.ar/art-profesionales/perfiles-de-personalidad-y-coronariopatas-i-el-patron-de-conducta-tipo-a-7.html?p=1>
- Lara, A. A. (Marzo de 2005). *Psicología Social . El estrés en adolescentes*. México, D.F, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ley Orgánica de la Salud. (2012). *Ediciones Legales*. Obtenido de Ley Orgánica de la Salud: <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>

- Luciano, C., Páez, M., & Valdivia, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia . *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1-17.
- Martín, J. L. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 287-291.
- Masferrer, L., Font, S., & Gras, M. E. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Psicosom*, 48-51.
- McDowell, J., & Hostetler, B. (2000). *Manual para consejeros de jóvenes*. T́exas: Mundo Hispano.
- Ministerio de Salud Ṕblica del Ecuador. (2008). *Modelo de Atenci3n Integral de la Salud*. Quito: Ministerio de salud Ṕblica del Ecuador.
- Ministerio de Salud Ṕblica del Ecuador. (20 de Mayo de 2010). *Ministerio de Salud Ṕblica*. Obtenido de Zonas administrativas de planificaci3n: <http://www.salud.gob.ec/>
- Ministerio de Salud Ṕblica del Ecuador. (2013). *Modelo de atenci3n de salud mental, en el marco del modelo de atenci3n integral de salud MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Ṕblica del Ecuador .
- Montero, M., & Śnchez-Sosa, J. J. (2001). la soledad como fen3meno psicol3gico: un análisis conceptual. *Salud mental* , 19-27.
- Moreno Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., & Gálvez Herrer, M. (2005). *Universidad Aut3noma de Madrid*. Obtenido de Personalidad Positiva y salud: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>
- Morla, R., & Saad, E. (2006). Depresi3n en adolescentes y desestructuraci3n familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 149-165.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2005). *Introducci3n a la psicología*. Ḿxico, D.F: Pearson Educaci3n.
- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacci3n vital, felicidad y salud. *Revista Universum*, 1-38.
- Muñoz, V., & Sotelo, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevenci3n de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educaci3n*, 107-124.
- Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito . (2014). *Informe mundial sobre las drogas*. Ginebra: Organizaci3n Mundial de la Salud.
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunci3n de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 239-254.
- Omar, A. (2006). *Universidad de Palermo Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*. Obtenido de Las perspectivas de futuro y sus vinculaciones con el bienestar y la resiliencia en adolescentes: <https://dspace.palermo.edu:8443/dspace/handle/10226/326>

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud . (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud . (S.F de 2015). *Programas y proyectos*. Obtenido de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental* . Ginebra : OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas* . Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. CENTRO DE PUBLICACIONES.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Barcelona: Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (14 de Mayo de 2014). *Centro de medios*. Obtenido de Siete órganos se afectan con frecuencia por alcohol:
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208:mayo-14-2014&Itemid=356
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial sobre las drogas 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Programas y proyectos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Salud Mental:
http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q5/es/
- Organización Mundial de la Salud;Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. Austria: Organización Mundial de la Salud . Obtenido de Programa Conjunto sobre le Tratamiento y la Atención de la Drogodependencia .
- Organización Panamericana de la Salud . (2007). *Reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de caracas*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

- Papalia, D., Wendkos, S., & Feldman, R. (2001). *Psicología del desarrollo*. New York: McGrawHill.
- Pérez, E. J., & Arroyo, Á. O. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento . *anales de psicología* , 302-309.
- Picho, P., López, J., Aliño, I., & Miyar, M. V. (1995). *Muanual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Plan Nacional del Buen Vivir. (6 de Junio de 2015). *Buen Vivir Plan Nacional*. Obtenido de Objetivos Nacionales para el Buen Vivir: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivos-nacionales-para-el-buen-vivir>
- Plan Nacional para el Buen Vivir. (2009-2013). *Plan Nacional de Desarrollo*. Obtenido de Plan Nacional para el Buen Vivir: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf
- Pose, G. (2014). *Idoneos.com*. Obtenido de Capítulo II. El estrés: <http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/345577/>
- Pulido, M. E., & Fonseca, J. P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia la promoción de salud*, 109-123.
- Ramírez, M. T., & Hernández, R. L. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: Síntomas psicósomáticos y estrés: Síntomas psicósomáticos y estrés:. *CIENCIA UANL / VOL. XI*, 403-410.
- Riso, W. (2012). *El poder del pensamiento flexible*. México, D.F. : Océano.
- Roda, A. B., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *psicothema*, 4-7.
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological infl exibility:. *Psicothema*, 123-129.
- Sagñay, D. J. (5 de Junio de 2012). *Instituto de Neurociencias Junta de Beneficiencia de Guayaquil* . Obtenido de ¿Qué son las drogas? Consecuencias de su uso: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/845-drogas-consecuencias>
- Salgado, P. C. (10 de Enero de 2015). *PsicAct*. Obtenido de Terapia de Aceptación y Compromiso: <http://www.consulta-psicologo.es/index.php?it=2>
- Sampieri, R. h., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2010). Concepción o elección del diseño de investigación . En R. h. Sampieri, C. F. Collado, & P. B. Lucio, *Metodología de la Investigación* (págs. 120-169). México D.F.: McGrawHill.
- Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas:Implicaciones en programas y políticas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Sue, D., Wing, D., & Sue, S. (2012). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*. México: CENGAGE Learning.

- Trejo, C. (20 de abril de 2012). *CAPAS Centro de atención psicológica*. Obtenido de Textos, análisis y noticias sobre psicología. facultad de psicología, UNAM:
http://psicologiaonline-unam.blogspot.com/2012/04/normal-0-21-false-false-false-es-x-none_20.html
- Universidad Autónoma de México. (junio de 2013). *Universidad Autónoma de México- Perceived Stress Scale PSS-14*. Obtenido de Perceived Stress Scale PSS-14 versión española:
[https://www.uam.es/.../Version%20espanola%20de%20la%20Perceived%](https://www.uam.es/.../Version%20espanola%20de%20la%20Perceived%20)
- Viera, A. O., López, S. S., & Barrenechea, A. V. (2007). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo* , 1-39.
- Wilson, Lees, C., Mapungwana, & Maunganidze. (1992). *NCBI Sources*. Obtenido de Psychometric properties of the revised UCLA Loneliness Scale and two short-form measures of loneliness: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1512681>
- World Health Information. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Yaben, S. Y. (2008). Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 103-116.
- Zatorre, R. (17 de Mayo de 2013). *NeuronaDos*. Obtenido de Neurociencia, resiliencia y prevención del consumo de drogas:
<https://neuronados.wordpress.com/2013/05/17/neurociencia-y-prevencion-del-consumo-de-drogas/>

8. ANEXOS

a. ANEXO I CRONOGRAMA DE APLICACIÓN DE LA BATERÍA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FECHA	HORARIO
1. Acercamiento a la institución educativa.	Jueves 21 de mayo de 2015	8h00-8h30
2. Entrega de las cartas de consentimiento y una copia del material a utilizar	Jueves 4 de Junio de 2015	9h00-9h15
3. Realización de un taller preventivo acerca del consumo problemático de sustancias psicoactivas para alumnos de ambos paralelos de primero de bachillerato.	Sábado 6 de junio de 2015	8h00-10h00
4. Realización de un taller preventivo acerca del consumo problemático de sustancias psicoactivas para alumnos de ambos paralelos de segundo de bachillerato.	Sábado 6 de junio de 2015	10h00-12h00
5. Retiro de consentimientos y breve explicación respecto a la batería de investigación a alumnos de primero y segundo de bachillerato	Sábado 6 de junio de 2015	12h00-12h15
6. Aplicación de la batería de investigación a alumnos de primero y segundo de bachillerato	Sábado 6 de junio de 2015	12h00-13h00
7. Tabulación, análisis de datos y elaboración del informe de resultados	Lunes 8 de junio de 2015 al viernes 25 de septiembre	
8. Entrega del informe de resultados	Lunes 28 de septiembre de 2015	8h00

b. ANEXO II. BATERÍA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____

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

--

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	2. Edad:	_____ (años)
3. Peso:	_____ (libras)		4. Altura:	_____ (cm)
5. Nivel de estudios:	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} de bachillerato	<input type="checkbox"/> 2 ^o de bachillerato	<input type="checkbox"/> 3 ^{er} de bachillerato	
6. Tipo de establecimiento:	<input type="checkbox"/> Fiscal	<input type="checkbox"/> Fiscomisional	<input type="checkbox"/> Particular	
7. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado / Divorciado	Otro _____
8. Ocupación principal:	<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Estudiante y trabajador	Si su respuesta es estudiante y trabaja. ¿Cuántos años viene trabajando? _____	
9. Zona donde vive:	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Rural		
10. ¿Quiénes viven con usted?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Tíos
			<input type="checkbox"/> Abuelos	Otros (especifique) _____
11. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a dormir?:	_____			
12. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?:	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
13. En un día normal, ¿cuántas horas de estudio dedica luego de salir del colegio?:	_____			
14. En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?:	_____			
15. En la relación con su actividad física la mayor parte de los días, fuera del establecimiento.	<input type="checkbox"/> Es inferior a 30 minutos al día	<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de intensidad moderada (ej. caminar a paso rápido, bailar, tareas domésticas...)	<input type="checkbox"/> Es superior a 30 min al día de intensidad alta (ej. saltar a correr, saltar a la montaña, salidas en bicicleta, aeróbic, natación, practicar deportes competitivos...)	
16. En la relación a la mayor parte de los días ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, pero considero mi dieta, en general, saludable.	<input type="checkbox"/> 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?:	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
18. ¿Cuántos días se ha ausentado de clases en el último año por motivos de salud?:	_____			
19. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?:	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Hipertensión
	<input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable	<input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Artritis o artrosis	<input type="checkbox"/> Tumores
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Otros problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de atención o memoria	<input type="checkbox"/> Hiperactividad TDHA	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Anorexia
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?:	<input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Normal (ni buena, ni mala)	<input type="checkbox"/> Buena
			<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Muy Buena

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gracias por su colaboración

c. ANEXO III. FOTOGRAFÍAS DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS.





