



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato del colegio diurno, mixto y fiscal de la zona 9, distrito 5 y circuito 2 del sector noroccidente-urbano de la ciudad de Quito.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Guerrero Fernández, Ana Milena

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016



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>

Febrero, del 2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Elizabeth Vivanco Vivanco.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación en Psicología, realizado por Ana Milena Guerrero Fernández, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, febrero del 2016

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Guerrero Fernández, Ana Milena, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015, de la Titulación de Psicología, 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, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.

Autor: Guerrero Fernández Ana Milena

Cédula: 171066239-4

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a todos los jóvenes del país, porque fue realizado con la participación y el protagonismo de ellos, por ser ellos los dueños exclusivos de su vida, y marcar la diferencia en sus actos y comportamiento.

Para quienes tienen el futuro del mundo en sus manos, y para todos aquellos que se dan la oportunidad de elegir y crear cambios, utilizando toda su potencialidad sin dejar de ser amos soberanos de su propia existencia, por ellos y para todos esos valientes luchadores mi más sentida dedicatoria.

Ana Milena Guerrero F.

AGRADECIMIENTO

A todos los profesores y directivos de la titulación de Psicología que de una u otra forma colaboraron en mi formación académica y a la realización de esta investigación, cuya dirección me ilustró con cimientos sólidos en hábitos de estudio, y me permitió dar mis primeros ensayos profesionales lo que hoy veo reflejado con este logro deseado, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

Así, como también a la Mgs. María Elizabeth Vivanco, directora de tesis, a la Ph. D. María Elvira Aguirre, al Mgs. Leonardo Tarqui, por su asesoría y dirección en el trabajo de investigación, a la Mgs. Livia Andrade coordinadora del Programa Nacional de investigación conjuntamente con la Eco. Cristina Ontaneda, técnica del programa, y a todos los integrantes del equipo de gestión de esta investigación.

A los protagonistas de este proyecto, Sr. Rector, Srs. Directivos, y jóvenes de secundaria del prestigioso plantel educativo de la ciudad de Quito, que gracias a su participación y facilitación de sus instalaciones hicieron posible este propósito.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y merecido a mi familia, quienes han permanecido vigilantes con una comprensión a toda prueba. A mi esposo Juan Carlos, compañero fiel e incondicional, gracias por caminar a mi lado durante todo este tiempo y mostrarme con tantas expresiones y hechos que el verdadero amor puede palpase.

A mis cuatro hijos: Juan Carlos Jr.; Grace; José Camilo; y Julio Cesar, que en todo momento han sido mis fanáticos incondicionales, y mis mejores amigos.

Para todos ellos que han sido modelo de inteligencia, tenacidad, valentía, honestidad, capacidad y superación con el alcance particular en cada uno de sus logros; con quienes he contemplado la trayectoria de sus metas, sus alegrías, sus tristezas, sus realizaciones en sus proyectos propuestos con paciencia, lucha y dedicación, muchas gracias por su ejemplo.

De igual manera desde un rincón muy especial de mi corazón para mis dos pequeñitos, mis nietos Jazmin y Ryan, quienes con su inocencia y simpleza irradian júbilo y lozanía, me

contagian su alegría de vivir con su armonía de risas, e iluminan mi mundo al ver solo su presencia, para ellos esta dedicación por ser mi inspiración para estelogo.

Una dedicación muy especial a mi Madre, mi Padre, Hermanas, y Hermano, porque de ellos procede mi naturaleza, mis características básicas, y con esa esencia comparto mi existencia en este mundo tan maravilloso y complejo. Gracias familia por tan exclusivo legado.

Un reconocimiento muy especial y particularmente a mi hermana Olga Lucia, por la sinceridad en simples y sabias palabras de que no hay límite para lo que se quiera conseguir en la vida, ya que todo depende de nosotros mismos; con su imperecedera disposición a ofrecerme su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, haciendo extensiva su solidaridad igualmente en mi carrera, para ella que custodió mi riesgo mil gracias.

¡Por todos ellos que en mí creyeron y para orgullo de ellos mi agradecimiento especial!

Ana Milena Guerrero F.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	
Tema 1.1. Salud mental.....	6
1.1. 1. Definición de salud mental.....	8
1.2 Factores asociados a la salud mental.....	8
1.2.1. Personalidad.....	9
1.2.2. Estrés.....	12
1.2.3. Apoyo social.....	16
1.2.4. Inflexibilidad psicológica.....	18
1.2.5. Compromiso vital.....	21
1.2.6. Resiliencia.....	24
1.2.7. Ansiedad y depresión.....	27
1.2.8. Satisfacción vital.....	32
Tema 2: Consumo de drogas	
2.1. Consumo problemático de drogas.....	37
2.2. Consumo problemático de alcohol.....	40
2.3. Causas del consumo de drogas.....	43
2.4. Consecuencias del consumo de drogas.....	46

Tema 3: Adolescentes	
3.1. Desarrollo biológico.....	48
3.2. Desarrollo social.....	50
3.3. Desarrollo psicológico.....	52

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos	
2.1.1. General.....	56
2.1.2. Específicos.....	56
2.1.3. Preguntas de investigación.....	56
2.2. Diseño de investigación.....	56
2.3. Contexto.....	57
2.4. Población.....	57
2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.....	58
2.5.1. Métodos.....	58
2.5.2. Técnicas.....	59
2.5.3. Procedimiento.....	61
2.5.4. Recursos.....	64

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados obtenidos: Análisis e interpretación de los resultados obtenidos.....	67
3.2. Discusión de los resultados obtenidos.....	84
4. CONCLUSIONES.....	89
5. RECOMENDACIONES.....	93
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
7. ANEXOS.....	106

RESUMEN

La Investigación y objetivo de este proyecto se basa en el análisis y distribución de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias adictivas del colegio diurno, mixto, y fiscal de la zona 9, distrito 5, y circuito 2 del sector noroccidente-urbano de la ciudad de Quito.

La metodología utilizada fue el tipo descriptivo exploratorio, y diseño transversal, para lo cual se utilizó una muestra de 30 estudiantes del primero y segundo año de bachillerato con edades comprendidas entre 14 a 17 años, de dicho plantel educativo.

La técnica seleccionada fue la encuesta plasmada en una batería de 10 instrumentos psicológicos que involucraron las diferentes variables a medir y su influencia respecto al comportamiento y estilo de vida de los estudiantes, respuestas que puntualizaron los hábitos y realidades de los encuestados; lo que concluyó en la extracción tanto de las variables psicosociales predictores de la salud mental como las variables del consumo problemático de sustancias.

Palabras Claves:

Adolescencia – variables psicosociales – salud mental – comportamiento – estilo de vida.

ABSTRACT

Research and objective of this project is based on the analysis and distribution of psychosocial variables associated with mental health and the consumption of addictive substances of the day, mixed, and fiscal School of the zone 9, District 5, and 2 circuit of the Northwest-urban sector of the city of Quito.

The methodology used was the exploratory descriptive and cross-sectional design, for which it used a sample of 30 students of the first and second year of high school with ages ranging from 14 to 17 years, of the school site.

The technique selected was the survey captured a battery of 10 psychological instruments involving different variables to be measured and its influence with respect to behavior and lifestyle of students; answers pointed out the habits and realities of respondents; which ended in the extraction of psychosocial variables predictors of mental health as variables of problematic substance use.

Keywords:

Adolescence - psychosocial variables - Mental health - behavior - lifestyle.

INTRODUCCIÓN

El tema desarrollado sobre el análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en 30 estudiantes de primero y segundo de bachillerato del colegio diurno y fiscal de la zona 9, distrito 5 y circuito 2 de sector noroccidente-urbano de la ciudad de Quito - Ecuador 2015, consta de tres capítulos, el primero correspondiente al marco teórico, en donde se define a la salud mental y los factores que se asocian a ella, las causas y el consumo problemático de alcohol, drogas y sus respectivas consecuencias.

El segundo capítulo presenta los objetivos, diseño, población, métodos, técnicas, procedimiento y recursos de la investigación.

El tercer y último capítulo, corresponde al análisis, interpretación y discusión de los datos obtenidos; finalizando con las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Se considera que es de gran importancia para la Institución Educativa, tener información, y conocimiento sobre qué factores y variables psicosociales están afectando la salud mental de sus estudiantes, y en qué medida deberían estar involucrados en la concientización, de cómo éste flagelo está golpeando tanto a estudiantes como directivos, profesorado, padres de familia; y en general a toda la sociedad.

La metodología manejada es de tipo descriptivo, con diseño transversal, utilizando la técnica de encuesta a través de cuestionarios en donde se involucra a diferentes variables relacionadas con hábitos de vida saludable. El resultado de ésta encuesta, es vital para la toma de decisiones apropiadas por parte del colegio, y para brindar apoyo en esta materia al departamento de psicología y talento humano, ya establecidos en la Institución, que servirá para promover atención más particularizada en cuanto a los indicadores del consumo de sustancias y a las variables predictores de la salud mental.

Los resultados estadísticos alcanzados en dicha encuesta, fueron enviados al grupo de expertos del equipo investigador de la UTPL para fines investigativos y de publicación.

El inconveniente radicó en el consentimiento que debían firmar los padres o representantes legales de los estudiantes, para la participación de sus representados en este estudio investigativo; y de igual manera manifiestan las psicólogas del plantel, del Departamento de Talento Humano, que el Colegio no tiene acogida cuando los padres de los alumnos son llamados a reuniones, ya que la mayoría de ellos trabajan para poder subsistir, y no pueden dejar sus labores cotidianas.

Con la recolección del consentimiento, asentimiento, y el cuestionario de preguntas psicológicas, se ingresan los datos correspondientes de los alumnos que cumplen con todas las exigencias para la tabulación respectiva a la matriz diseñada por el equipo de investigadores del programa de investigación, del departamento de Psicología, dirigido por la Mgs. Livia Isabel Andrade y la Eco. Cristina Ontaneda.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Salud mental

Desde el pensamiento griego clásico y la psicología filosófica, y a partir de la filosofía del racionalismo del ser; se puede percibir la importancia de salud mental la cual inevitablemente era asociada a la salud física y emocional; lo que se puede ver con el pensamiento Socrático, en donde lo más importante es buscar dentro del ser humano la verdad del conocimiento a través de la dialéctica, la razón, la lógica, con lo cual se describe al alma como una constitución y unificación de inteligencia y carácter asociada al espíritu, es decir, el conjunto de emociones internas espirituales y mentales concebidas específicamente por cada individuo manifestadas en acciones exclusivas, únicas y particulares. (Sánchez, A. y Barranco, R., 2004. p.p. 29-39).

Para Platón, su importancia radica en las ideas, por lo que conceptualiza los temas psicológicos de manera abstracta, lo que se conoce actualmente como, la mente, aprendizaje, percepción, motivación, formación integral del hombre, composición del carácter, cuidado de la salud fundamentándose con ejercicio físico e higiene, integración del espíritu, que debe constituirse con una preparación adecuada, para alcanzar agudezas en el entendimiento de la música, y la poesía; ya que es la forma en la que el ser humano se diferencia de todas las demás criaturas. Al poseer espíritu, el cuerpo pasa a ser el vehículo de éste, que mancomunadamente en su conjunto van a velar la preservación de todas las relaciones y dinanismos básicos del ser humano suministrándole una alianza de entretrejimiento ajustada y proporcionada para su armonía y equilibrio. (Sánchez, A. y Barranco, R., 2004. p.p. 29-39).

Para Aristóteles, su preocupación empírica, permite el desarrollo de la observación y de las estrategias inductivas, la causalidad guiada por el orden, método y lógica silogística, entiende que el conocimiento parte de los sentidos el estudio del alma como sustancia natural.

Relaciona la psicología como parte de la biología, en donde el alma es la entelequia y forma del sujeto que le da la posibilidad de convertirse en un ser de cierto tipo; es decir, es el elemento principal que le da forma al cuerpo ya que ambos componen y fundan la existencia humana. Por lo tanto, éstos conceptos filósofos, relacionan el alma con la psique, con la mente, el espíritu, porque todo esto es lo que le da coherencia, estabilidad, consistencia a la materia (cuerpo), porque es donde se encuentran enclaustrados los estados emocionales de cada ser y son esos cánones, criterios, razonamientos endógenos los que develan lo íntimo con un cierto tipo o forma de conducta. Por lo que también manifiestan que hay que alimentar el alma,

mediante la música, poesía, educación ya que esto eleva al hombre a otro nivel muy superior de los vegetales y animales porque se tenía intelecto en el alma. (Sánchez, A. y Barranco, R., 2004. p.p. 29-39).

Por consiguiente, se debe entender que existe una gran complejidad en la interrelación de lo biológico y social, que da como resultado un comportamiento "X", el cual se sustenta en el interior del ser humano organizando y formando aprendizajes enmarcados de acuerdo a la cultura en que se vive; tal vez este aprendizaje automático nos da los argumentos válidos para justificar nuestras conductas que en la mayoría de veces nos están llevando a un deterioro de la salud. Las presiones sociales, económicas, políticas, el empuje de la globalización, la alimentación inapropiada, la competencia personal, el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, la drogadicción, que ligados a nuestra herencia, a nuestros genes, a nuestras diferencias biológicas individuales, a nuestra personalidad, a nuestra sensatez podría hacernos beneficiarios o no beneficiarios de un modo de vida con un nivel muy bajo, deteriorado, indefenso, que tarde o temprano se va a ver afectada nuestra salud mental, física, y emocional.

Una vez conocido el pensamiento de la psicología pre-científica sobre salud mental, se establece la definición de un organismo especializado en el cuidado de la salud mental, física y social en el mundo: la Organización Mundial de la Salud, quien, define a la salud como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (párr.1).

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (2013), expresa la definición de salud mental, como: "estado de bienestar en el que cada individuo es consciente de su potencial, puede responder apropiadamente a los estresores diarios de la vida, trabajar productiva y fructíferamente, y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad". (Párr. 1).

Por lo que, se debe tener en cuenta que el ser humano es un ser superior, privilegiado y dotado de muchas facultades necesarias innatas y adquiridas las cuales se las puede ampliar, perfeccionar, y modelar para obtener nuevas potestades y favorables habilidades, aunque prime cierta base biológica elemental heredada a más de los condicionantes ambientales, Psicosociales, educacionales, y culturas que influyen en sentimientos negativos responsables

en la estabilidad emocional, lo cual naturalmente va a repercutir en la salud física; ya que el cuerpo exterioriza el pensamiento y sentimiento interno personal y único del sujeto y actúa en base a ellos.

1.1.1 Definición de salud mental.

En consecuencia, asociando el pensamiento pre científico y la definición de organismos científicos internacionales, la salud mental, se puede definir como: la conexión existente entre mente y cuerpo como un todo indisoluble que encierra al mismo tiempo múltiples factores, con los cuales tenemos que bregar y conseguir albergar pensamientos positivos y armónicos, pensamientos conscientes asonantes con nuestro comportamiento los que nos proporcionará fortaleza mental, emocional y física para advertir, resistir, y combatir los acontecimientos diarios normales a que nos vemos expuestos en nuestra vida familiar, laboral y social sin poner en riesgo nuestro desempeño regular en las obligaciones y responsabilidades cotidianas.

1.2. Factores asociados a la salud mental

Como se distingue anteriormente, al existir conexión entre cuerpo, mente, alma, y concebir al ser humano como un todo, van a existir determinantes que afectan a la salud mental, y por ende a la salud física; y es así como la Organización Mundial de la Salud, establece:

La salud mental individual es determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. (World Health Organization, 2014. párr. 1).

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. (World Health Organization, 2014. párr. 2).

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos

mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales. (World Health Organization, 2014. párr. 3).

Consecuentemente, y de acuerdo a lo estudiado, se adiciona que, los múltiples factores que afectan a la salud mental están íntimamente ligados a la genética particular exclusiva y única de cada ser humano (Factor biológico), asociada a un patrón de pensamiento aprendido existente, (Factor psico-ambiental), que con la fuerza y adversidad de las diversas situaciones (Factores socioeconómicos) vividas a diario se va a manifestar en cierto tipo de comportamiento que en ocasiones va a repercutir negativamente en nuestro bienestar personal (Insalubridad Mental- física y emocional). En consecuencia, muchas enfermedades que acongojan a los seres humanos últimamente se derivan y emergen de la manera de comportarse o el estilo de vida que se lleva.

A continuación se analizará cada uno de los elementos que influyen y afectan a la armonía de nuestra mente, cuerpo, y espíritu, exponiendo su definición y particularidades, tales como:

- Personalidad.
- Estrés.
- Apoyo social.
- Inflexibilidad Psicológica.
- Compromiso Vital.
- Resiliencia.
- Ansiedad y Depresión.
- Satisfacción Vital.

1.2.1. Personalidad.

Si se habla de personalidad en términos biológicos se debe remontar a la teoría de los rasgos, la cual exhibe que existen características estables con jerarquía de rasgos consistentes en la estructura de la personalidad del individuo que da origen a un cierto tipo de comportamiento. Entre algunas investigaciones, que han contribuido al ascenso y perfeccionamiento de la teoría de personalidad; se puede nombrar a:

Hipócrates y Galeno con la teoría de los 4 humores: Cloninger, (2003) “Sanguíneo (optimista, esperanzado), Melancólico (triste, deprimido), Colérico (irascible) y Flemático (apático)” (p.4); con las aportaciones de Carl Jung manifestadas en las diferencias individuales, “los individuos difieren en su tendencia a ser introvertidos o extrovertidos” (p.75); de modo que, el reflexionamiento dirige de que factores genéticos realizan aportes específicos e individuales que serán el fundamento para la formación de ciertos rasgos en la personalidad, todo lo cual en su conjunto refleja las diversas formas de actuar en cada individuo; para sustentar este argumento se reitera las aportaciones de Gordon Allport, “los individuos difieren en sus rasgos que predominan en su personalidad. Algunos rasgos son comunes (compartidos por muchas personas); otros son únicos (pertenecen solo a una persona)” (p.201), en consecuencia, al ser individuos unicos e irrepitibles los rasgos son diferentes, en mayor o menor cantidad pero desiguales al referirse al concepto de personalidad, ya que ésta también se asocia al aporte integral que se coliga con la herencia y el medio ambiente, cuando indica Allport: “Personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”; (p. 202), y de similar forma Raymond Cattell, distingue la constitución de la personalidad en rasgos dinámicos constitucionales-ergios “son rasgos motivacionales que proporcionan energía para la acción” (Temperamento- genéticos), y rasgos moldeados por el ambiente. Los ergios, con su energía, son canalizados en patrones aprendidos denominados dinámicos-metaergios (sentimientos – actitudes). (p. 243).

En realidad todos estos estudios han demostrado que la herencia y el ambiente son elementos básicos y encadenados para dar respuesta a las diversas situaciones que el ser viviente como ser ininteligible y social se ve avocado a solucionar de acuerdo a sus diferencias internas y pensamientos preconcebidos versus la complejidad del medio ambiente que le rodea.

En efecto, una concesión más profunda del significado de personalidad va a involucrar indudablemente otros factores entrelazados que intervienen en la formación de ésta como los factores psicológicos cognitivos, emocionales, religiosos, culturales, sociales, que de acuerdo a la percepción de cada individuo van a proporcionar un modo de actuar singular, único e irrepitible.

Maslow, con su teoría piramidal “bosqueja un proceso de crecimiento desde las necesidades básicas, incluyendo las necesidades fisiológicas, hasta las motivaciones más elevadas que se desarrollan cuando los seres humanos logran todo su potencial” (Cloninger, 2003. p.441.).

Lo cual reconstruye que el escalafón de necesidades, es la sustancia de la personalidad, en donde cada quien con sus carencias particulares y la satisfacción de ellas puede subir un peldaño más en su modelo piramidal, relacionando sus experiencias evidentemente exclusivas, independientes y heterogéneas, que irán de acuerdo a su competitividad, aptitud, ambición y deseos de ascenso.

Morris, y Maisto, (2001), citan a Rogers, quien exhibe una teoría muy similar a la de Maslow la “tendencia a la Realización”, en la cual declara que cada ser humano nace con un proyecto genético, de capacidades y potencialidades, y la meta es satisfacerlo, de acuerdo a lo que se es intrínsecamente (conciencia) y lo que se quiere ser, (autorrealización); cuando el auto-concepto, corresponda a las capacidades innatas probablemente se llegue hacer lo que Rogers, llama persona con funcionamiento óptimo o persona plena. (p.148.).

Como resultado, lo enunciado anteriormente defiende la idea de que la personalidad está formada por atributos congénitos, que al ser expuestos a experiencias con el entorno, todas estas particularidades innatas, naturales, se van a manifestar en determinada conducta particular, ante una circunstancia dada; sin excluir que la estructura de la personalidad se empieza a formar de la esencia de la herencia específica de cada ser (Rasgos genéticos constitucionales de la personalidad del temperamento), que con la interacción del medio ambiente, socialización, acciones educativas, cultura, espacio geofísico; moldearán la pluralidad de rasgos dinámicos metaenergéticos de la personalidad (Carácter); razón por la que se puede entender del por qué dos personas expuestas ante un mismo hecho van a tener reacciones fisiológicas, y conductas diferentes.

Consecuente, al entender que se poseen ciertos genes de temperamento no modificables, y de igual manera genes modificables mediante procesos educativos para controlar, y enfrentar situaciones de adversidad a las que se vean expuestos los individuos; entonces es más fácil comprender y justificar el disfrute y comportamiento de las personas partidarias a sustancias adictivas, o la de los individuos ludópatas, vigoréticos, bulímicos, o por el contrario a las personas serenas, frías, ecuanímes; ya que, la personalidad de cada individuo es única y

resulta de la correlación de su sistema psíquico: emociones, percepciones, y cognición asociada a su entorno físico y a las habilidades particulares del individuo que se van a ver manifestadas en respuestas únicas, exclusivas y particulares denominadas personalidad.

1.2.2. Estrés.

Roque (2015.) cita a (Cía. Alfredo 2002, p.37). “La palabra estrés, es un término original inglés (stress), que significa: fuerza impulsadora o esfuerzo y demanda de energía”. (párr.8). Claramente se puede observar y en el común vivir se percibe que todo lo que demanda energía naturalmente conlleva a un desgaste; que de una u otra forma implica ciertas consecuencias; si se observa como por ejemplo, cuando se excede físicamente, tanto en trabajo u estudio arduo y prolongado, puede originar bajo rendimiento, o dificultad para concentrarse a nivel mental, emocionalmente va a ocasionar desánimo y/o irritabilidad, podría igualmente manifestarse alteraciones de sueño, en alimentación, es decir, existirá deterioro en el ser humano que consecuentemente va a afectar de manera integra, la mente - cuerpo y espíritu, ya que es una demanda de energía, que indudablemente provocará tensiones físicas, y sentimientos emocionales negativos, marcando visiblemente al organismo, con diferentes sintomatologías, las cuales se les conoce como: estrés.

El concepto de Estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observa que todos los enfermos a quienes estudia, indistintamente de la enfermedad propia, presentan síntomas comunes y generales, tales como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Y que todos estos trastornos físicos no son causados directamente por su enfermedad o por su condición médica. Esto llama mucho la atención a Selye, quien le denomina el “Síndrome de estar Enfermo”. Hans Selye (1978), reconocido mundialmente por ser el principal científico que define el concepto de estrés. (Roque, 2015. párr. 3.).

En consecuencia, el ser humano y sus mecanismos de defensa automáticos están diseñados como un sistema de protección para afrontar evidentemente situaciones estresantes, y es así que la (Organización Mundial de la Salud 2007), define al estrés, como: “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”; desde luego que, éstas acciones fisiológicas que preparan al cuerpo para enfrentar el desafío presente, liberan y estimulan

en el organismo sustancias que definitivamente afectan negativamente a la salud de la persona cuando su demanda es desmedida o mantenida a largo plazo y extingue los recursos de la persona al querer acondicionarse a la realidad que los aventaja.

El estrés ocasiona cambios químicos en el organismo, debido a las señales que el cerebro envía al mismo, activando la secreción hormonal. Estas hormonas ocasionan una reacción en cadena, haciendo latir más rápidamente el corazón, aumentando la presión arterial, aumentando el nivel de insulina para que el cuerpo produzca mas energía. Estas reacciones no producen daños a corto plazo, pues nos permiten defendernos del peligro, pero si la situación persiste, se genera una situación de fatiga que deteriora la salud del individuo. El estrés continuado puede ocasionar enfermedades cardiovasculares, migraña, artritis reumatoide, asma, alteraciones nerviosas, calvicie, alteraciones de la piel, impotencia sexual, colitis, trastornos menstruales, diabetes, dolores de espalda, etc. (Giardino, 2009. Párr. 2).

De ahí que la acción prolongada de las respuestas fisiológicas al permanecer en constante sobre-estimulación provoca una hiperactividad cerebral; afectando al sistema inmunológico, cardiovascular, y nervioso, por lo tanto a la salud mental, y emocional, lo que se traduce en respuestas psicosomáticas, y/o enfermedades, tales como: ansiedad, depresión, consumo de alcohol y sustancias adictivas, entre otros.

De acuerdo a los criterios citados con anterioridad, el organismo puede hacer frente a exigencias no muy prolongadas en periodo de tiempo sin recibir consecuencia de deterioro; ya que cuando las demandas son muy severas se ven resultados no muy halagadores. Es así, como al estrés se le ha clasificado en 2 formas: Estrés Positivo (Eutrés) y Estrés Negativo (distrés).

Eustrés (Estrés positivo), es aquel que admite adaptarse a los cambios y reaccionar ágilmente y con mayor ímpetu ante los problemas y peligros que se enfrentan. Esta actitud innata de lucha/huida, y la serie de cambios que se dan a nivel del cerebro, conscientemente activa el estado de alerta y hace ver con más claridad las cosas. Como por ejemplo el quedarse estudiando en la noche sin sentirnos cansados y rindiendo al máximo en las tareas. Lo normal es una vez terminada la actividad separarnos completamente de este estado sin mayor problema. (Delgado, 2012. párr. 5, 6).

En consecuencia, el estrés viene a ser una fase importante para la salud del ser humano, pues promueve una estimulación excitante con la ayuda de las construcciones internas cognitivas personales que por una necesidad a dar respuestas urgentes se accionan procesos importantes, positivos, y superiores, que al entrar en funcionamiento ávidamente proporcionan resultados tangibles indispensables para el desarrollo y crecimiento personal. Por lo tanto, es necesario el estrés positivo; ya que es imposible imaginar una vida sin ningún contratiempo, con la ausencia de estímulos externos. Lopategui, (2000) Selye señala que "la completa libertad del estrés es la muerte". (párr. 10).

Distrés (Estrés Negativo). Al producirse sobrecarga de inconvenientes e incapacidad para hacerle frente a determinada realidad, y sentirse inundado y abrumado por las exigencias demandas, se estará frente a un estrés negativo y perjudicial. Según Hans Selye, Una sensación desagradable, produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, la cual eventualmente desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción en la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y un envejecimiento acelerado. La vida cotidiana se encuentra repleta de los estresantes negativos, tales como un mal ambiente de trabajo, el fracaso, la ruptura familiar, un duelo, entre otros. (Lopategui, 2000. párr. 11).

Por lo tanto, como ya es de conocimiento, la capacidad que poseen los seres humanos para que sus respuestas a eventos cotidianos adversivos puedan ser modificadas mediante técnicas educacionales aprendidas, entonces, la diferencia entre eustrés y distrés, la hace uno mismo; porque un estado de exaltación mantenido a largo tiempo va socabando las defensas del organismo y el equilibrio tanto mental como físico.

Un estrés positivo nos ajusta a los cambios, adicionando adrenalina y noradrenalina al cuerpo situándonos en una actitud innata de lucha/huida, que nos pone alerta; no irrita, ni deprime, no provoca desesperanza, ansiedad, pérdida de control deterioro en memoria y atención, reducción de las defensas del organismo ni aumento en hormonas como el cortisol que afecta a diversos sistemas orgánicos, no disminuye la serotonina que produce depresión y conductas agresivas.

Así pues, conocer que un estado de alerta, representa la primera fase del estrés y como su nombre lo indica período de alarma, en donde se deben de tomar las medidas correctivas necesarias para incrementar las precauciones y no seguir

activando o sobrecargando la fase de resistencia hasta llegar al agotamiento y presencia de enfermedades específicas de esta fase, características relevantes de síntomas de agudizamiento del estrés. (Lopategui, 2000. Párr. 1-7).

A continuación se detallan las tres fases del estrés:

1.- Fase de alarma.- Reacción provocada por la secreción de hormonas como la adrenalina y noradrenalina que surten efecto después de unos minutos y cuya función es la de preparar al cuerpo para una acción rápida. Aparecen síntomas, como: respiración entrecortada y acelerada, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, sensación de tener un nudo en la garganta o en el estómago, ansiedad, angustia; es decir, los sistemas funcionan al máximo; y segregando cortisol que ayuda a la recuperación, al aporte de energía, y efectos antiinflamatorios; el inconveniente se da cuando estas acciones son frecuentes e instan al cuerpo a someterse a cargas forzadas. (Prevencionweb. (2007). (párr.1, 2).

2.- Fase de resistencia: (adaptación); el organismo secreta otras hormonas (los glucocorticoides) que elevan la glucosa al nivel que el organismo necesita para el buen funcionamiento del corazón, del cerebro y de los músculos. Cuando el estado de agresión se prolonga, las reacciones de adaptación provocan que se inicie un proceso de resistencia a dicho estado; para compensar los gastos de energía ocasionados por el estado de estrés e impedir el agotamiento del organismo. Las personas afectadas adoptan conductas diferentes: algunos se preparan para afrontar el estrés, otros siguen viviendo sin preocuparse por solucionar su estado o tratando de evitar situaciones que puedan activarlo. (párr. 3, 4, 5, 6).

3.- Fase de agotamiento.- El organismo pierde su capacidad de respuesta, se agotan las reservas psíquicas y biológicas y colapsa, por lo que no puede defenderse de las situaciones de agresión; y existe la posibilidad de desarrollar ciertas patologías. (párr.7, 8).

Como se ha manifestado los deterioros a la salud y las diversas enfermedades que son provocadas por el estrés, investigaciones en Psicología Clínica demuestran que, al menos tres variables modulan el impacto negativo del estrés sobre la salud y el consumo problemático de sustancias, que al parecer esta mediado por la personalidad tipo A, soledad o percepción de falta de apoyo, e inflexibilidad psicológica, y de acuerdo a esto, Andrade, Cuenca y León (2015), citan a (Marmot, Bruner, 2005), (Pressman, Cohen, Miller, Barkin, Treanor, 2005; Golden, Conroy, Bruce, et al,

2009), y a (Lubomirsky, King, Diener, 2005; Vilardaga, Estévez, Levin, Hayes, 2012), Quienes exponen, respectivamente:

- 1) "Personalidad tipo "A" caracterizada por la tendencia a la competitividad, hostilidad y presión del tiempo".
- 2) "Soledad o percepción de falta de apoyo social" .
- 3) "Estilo de afrontamiento caracterizado por inflexibilidad psicológica, opuesto a un deseable compromiso vital con los valores personales o eudemonia". (p. 13).

Se evidencia, que el estrés, es un importante desencadenante y responsable de múltiples enfermedades, y en algunos casos mortales, en adultos, adolescentes y niños, y cada vez afecta a más personas en el mundo interfiriendo con su comportamiento, salud somática y psíquica. Por lo que, aparece la reflexión que prácticamente se ha convertido en un punto neurálgico de atención, lo cual, daría mucho que pensar sobre el insuficiente nivel cognitivo, e inteligencia emocional del ser humano para aprender a manipular los agentes estresores externos frente a la escasez o a la falta de incentivación de recursos internos del individuo, y las exigencias del mundo en que vivimos.

1.2.3. Apoyo social.

Se plasma la definición de apoyo social en el sentido más amplio, de las palabras, al decir que es "el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis" ("enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc."). Maté, González, Trigueros (2010). (Párr. 1).

De manera que, es indudablemente el bienestar y la positividad que existe entre apoyo social y salud psicofísica, el amor, cariño, afecto, cuidado, por parte de los componentes primarios (familia, pareja, amigos) de un individuo, augura síntomas de buena salud mental; ya que las expresiones tangibles y no tangibles de sentirse amado, cuidado, respetado, considerado son el aliciente para cualquier ser humano que ayudan al crecimiento o fortalecimiento del autoestima, valía, motivación, ajuste psicológico para un normal desarrollo y mucho mas aún ante un evento desastroso, o estresante. Es así que como lo robustece Cassel, a quien se le señala como el investigador de los beneficios del apoyo social; pues indica que el apoyo social es el que ofrecen los miembros primarios para el individuo; por lo que indudablemente el ser humano es un ser primordialmente sociable y como tal necesita la compañía, afecto, consideración

estima, de otro ser. El sentirse querido, necesario, respetado, valorado dentro del grupo familiar, y de cierto grupo social incrementa la autoestima y valía en la persona, que como se sabe todo pensamiento positivo va a conseguir el alejamiento de emociones negativas y sus consabidas consecuencias en la salud mental, psíquica y física. Matê, González, Trigueros (2010).

Castro, Camper, Hernández, (1997), citan a Cobb, pionero investigativo en apoyo social, señala: “Los beneficios se derivan de la información que se ofrece a los individuos respecto a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social. Los trabajos de Cassel y Cobb dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés”. (p.427).

Debido a que, los seres humanos por naturaleza somos seres sociales, nos es factible pensar que no podemos sobrevivir sin la ayuda de otro ser. Desde que nacemos estamos al cuidado de nuestros padres, familiares o cierta persona que se encargará de solventar las necesidades primarias y guiarnos en nuestro crecimiento, de darnos afecto, y educarnos para subsistir en ese tiempo presente en que se nos brinda esos cuidados, que serán proyectados en accionar a nivel comportamental en nuestro desarrollo futuro. Cabe destacar igualmente el pensamiento de la pirámide de Maslow, en donde se encuentra que las necesidades de afecto, amor y cariño, deben de ser complacidas ya que en función a esa satisfacción se encuentra el bienestar y fortalecimiento personal como sujeto implicado en la sociedad.

Gómez, (2011) cita a Berkman y Syme, (1979); House et al, (1982); Schwarzer y Leppin, 1992), “Al Apoyo Social se lo ha asociado a bienestar psicológico y ausencia de depresión, y su ausencia se relaciona directamente con determinadas enfermedades físicas” (p. 19) y con la aparición de enfermedades mentales, como la depresión o la neurosis”. (Contreras, 2011. Párr.6).

Contreras, (2011), cita a Garrido y Álvaro, (1993). Observaron como la presencia del apoyo social en jóvenes en desempleo, o en proceso de búsqueda de trabajo, disminuían considerablemente los niveles experimentales de estrés. Del mismo modo pudieron comprobar como la inactividad y la pérdida de relaciones sociales tras la jubilación, aceleraban los síntomas de envejecimiento. (Párr. 7).

De esta manera, el conjunto de afectos emotivos, positivos y ayudas perceptibles de seres primarios brindados a sus congéneres o fuera de este rango, va a prevalecer la importancia de cualquier estado emocional positivo y optimista convirtiéndose en una causal para un mejor

bienestar mental, psíquico y físico del receptor.

Como el apoyo social abarca una dimensión amplia, es importante señalar que no solamente el tipo de apoyo familiar es importante; también lo es todo aquel que se brinda fuera del vínculo de la familia, como lo es el apoyo profesional. Este tipo de apoyo utiliza recursos emocionales y/o materiales basados en conocimientos previos y formales lo cual tiene sus ventajas ya que se basan en pautas de modelos a seguir, sustituir pensamientos concebidos erróneamente concebidos, y sirven de paliativo para agentes adversos o estresantes que ponen en riesgo el bienestar individual en cuanto a salud mental básicamente, que como se expuso anteriormente a partir de una inadecuada salud mental, podrán desencadenarse una serie de enfermedades o trastornos en nuestra forma de comportarnos que afectará lógicamente tanto nuestro bienestar personal, y de igual forma a la sociedad en que vivimos.

Los grupos de apoyo a más de ser socio-afectivos, es decir, de tener una interrelación social disciplinada, solidaria y afectuosa, pienso que favorecen con una gran riqueza en diversidad de experiencias para hacer mucho más fácil el nivel de afrontamiento ante la carencia de habilidades y propiciar el ajuste ante el problema dado, brindando al sujeto los elementos necesarios para resistir y minimizar las emociones negativas, y estados desvalorativos, aprovisionando el aumento en estados anímicos positivos, y generar la posibilidad de una inserción normal y adaptativa a la comunidad a que necesariamente se pertenece.

1.2.4. Inflexibilidad psicológica.

“Es la rigidez psicológica que no permite la habilidad para modular el comportamiento en función de su utilidad (cambiando cuando es necesario o persistiendo si es necesario) para alcanzar los objetivos deseados”.

Gómez, López, Mesa (2007), citan a (Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001); quienes argumentan que la inflexibilidad psicológica; se deriva de la Teoría de los marcos relacionales los cuales plasman el lenguaje y la cognición humana. (p.p 491-507).

Puesto que la teoría de los marcos relacionales parte del concepto de que la adquisición y uso del lenguaje no se debe a factores genéticos, sino a cómo se aprende a usarlo mediante la interacción social, de igual manera las estructuras mentales y cerebrales no determinan la forma en que almacenamos y procesamos los símbolos y la información si no en la predicción y el control de los eventos psicológicos mediante la manipulación de variables presentes en el contexto en el que ocurren dichos eventos. Aguilar, (2013), Éstos son los antecedentes característicos en que se basó esta teoría para los trabajos de J. R. Kantor, B. F. Skinner, W. Day y K. Salzinger.

De ahí que, si se hace relación al nombre, la inflexibilidad psicológica sería la obstinación severa, o resistencia a no querer cambiar el estilo de cómo desafiar los diferentes agentes involucrados en situaciones estresantes lo cual hace que se presenten inconvenientes en la conducta y la no adaptación con un desenvolvimiento social apropiado y provechoso.

Los últimos avances en los estudios conductuales han llevado al descubrimiento de los condicionamientos derivados: en personas con lenguaje se ha encontrado que, en determinadas situaciones, hay algunos condicionamientos que se dan sin necesidad de entrenamiento directo previo. La teoría de los marcos relacionales propone este tipo de condicionamiento como la base que puede explicar la generación del pensamiento como una conducta. (García, 2011. párr. 3.).

Ésta teoría (Marcos Relacionales), propone que ciertas conductas podrían darse sin entrenamiento previo; ya que las conductas son condicionadas y aprendidas, siendo esto lo que produce incapacidad para reaccionar en forma exitosa ante las diversas situaciones o presiones que se deben enfrentar día a día sin permitir a la persona adaptarse a los requerimientos de la vida de manera flexible, por consiguiente no se evitan emociones negativas y pensamientos desagradables y simplemente se selecciona el modo rígido de conducta habitual y de escape.

Es en la comunicación social donde aprendemos el lenguaje y por tanto el pensamiento. Independientemente de cómo se almacene en nuestro cerebro, lo que es relevante cuando decimos la palabra “mamá”, no es como se almacena en nuestro cerebro, si no que cuando pensamos o decimos “mamá” obtenemos una determinada consecuencia. (García, 2011. Párr. 6).

En asonancia, con la teoría descrita anteriormente, se despliega que, antes de que las personas empiecen hablar, ya se posee un equivalente en cuanto a un objeto dado, es decir, se tiene la idea de cómo o quién es el objeto lo cual se ha aprendido sin mucho desgaste de energía y sin preparación alguna. A esto se le llama equivalencia porque se tiene un marco relacional de correspondencia; que sería según la teoría la instauración de un marco relacional.

Por consiguiente, los seres humanos podemos dar infinidad de relaciones absurdas o legítimas a los estímulos presentados, pero la teoría de los marcos relacionales dice que la conducta por ser aprendida se la ha hecho por condicionamiento, argumentándolo de la siguiente manera:

“Muchas de nuestras conductas las aprendemos por sus consecuencias. Así, aprendemos a andar cuando damos los primeros pasos de determinada manera que nos permite no caernos y ser más hábiles que cuando gateábamos”. (García, 2011. párr. 5); y por lo tanto para un aprendizaje condicionado se necesita un entrenamiento intenso, con asociaciones multidireccionales con diferentes estímulos y se aprende a dar una relación equivalente, por lo que se adquiere así mismo un marco relacional; pero es a partir de aquí que si se presenta un nuevo estímulo sin necesidad de dar equivalencia se genera relaciones derivadas del estímulo sin necesidad de entrenamiento; es decir se transforma las funciones.

Tal como podría demostrarse, en el hecho cuando previamente se sugiere una película que evoque susceptibilidades, indiscutiblemente va a despertar sentimientos negativos de tristeza y llanto que va a proyectar cierta conducta en la persona al momento de mirar la película, pero si asociamos estos sentimientos buscando un sentido positivo del mensaje de la película se podrá sustituir por emociones objetivas, la función de ambas emociones negativas y positivas quedan relacionadas dentro de un mismo contexto. La cognición se basa en un análisis científico y experto del aprendizaje humano.

Es por esto que las terapias conductistas de tercera generación comienzan a surgir a finales de los 80, y desarrolladas en manuales clínicos en los 90; aplicándose a problemas, casos clínicos, y estudios de grupo; entre la cual encontramos a la Terapia de aceptación y compromiso (ACT), que identifica dos causas principales: según Hernández (2014), cita a. (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano et al., 2010; Luciano et al., 2004; Wilson y Luciano, 2002) 1. - Evitación experimental y 2. - Fusión cognitiva; siendo su objetivo básico, “generar flexibilidad ante los eventos privados. Dicho de otro modo, el desarrollo de la aceptación psicológica o el que la persona sea capaz,

en presencia de malestar, de actuar en una dirección valiosa” (Pág. 100).

Hernández, (2014), cita a Luciano et al., (2004). Para ello, ACT propicia (1) aprender habilidades de distanciamiento de los eventos privados, y propicia (2) la clarificación de direcciones importantes de acción personal. (pág. 100).

Dado que si se da un ejemplo de flexibilidad psicológica en adictos sería que su conducta habitual de consumo de alcohol no obedezca a su deseo de consumirlo para sentirse bien, relajarse, o huir de cierto tipo de problema; sino de que esa conducta sea reemplazada por algo mucho más importante para él, y que de motivación y fuerza personal (por ejemplo, la fe y confianza en Dios, o la ayuda que pueda brindar a alguien que realmente la necesita y sea imprescindible). De ésta forma, la persona aprenderá a luchar con sus escenarios personales y a relacionarse de manera diferente.

Por lo que, si se vive con determinado pensamiento, y lo personificamos en la vida real, sin tratar de razonarlo y analizarlo de manera objetiva va a constituirse en una maraña cognitiva. Si se trata de moldearlo buscando destrezas para transformar su forma, junto a la situación que causa la alteración y genera daño psicológico se va a constituir en algo valioso de la experiencia particular íntima y cognitiva.

Por lo tanto, la cognición juega un papel importantísimo ya que de acuerdo a la complejidad de ésta, avalada muchas veces por el desorden de valores conceptualizados equivocados lleva a un deterioro o prejuicios psicológicos con el resultado de conductas problemas que tarde o temprano afectaran la salud.

De ahí que, siguiendo la correspondencia de lo anteriormente expuesto volvemos a enfrentarnos a que nuestra conducta se va a dar de acuerdo a nuestra complejidad cognitiva, garantizada muchas veces por el desorden mismo de valores conceptualizados equivocadamente, que finalmente puede conllevar a un quebranto o perjuicio psicológico, con la emanación de comportamientos inadecuados y deterioro de salud.

1.2.5. Compromiso vital.

Acogiendo las palabras de López (2011). Se puede definir al compromiso vital como todo aquello que “se requiere de una conciencia explícita de la relación entre conocimiento y ética en el

quehacer profesional y de la inevitabilidad de tensiones y contradicciones para cumplir con dos compromisos fundamentales que son: el compromiso con el conocimiento para que se lleve a un ejercicio continuo para “pensar bien” y el compromiso vital, con el bien humano en construcción y contribuir al mejoramiento de la persona”. (pág. 43); que se inicia en la parte internamente más íntima de la ética del individuo argumentada de acuerdo a sus normas morales, obligaciones y responsabilidades ante cierto beneficio externo a cumplirse comprometiéndose ante sí mismo, ante dos, o más sujetos y/o ante entidades.

Los pensamientos nos transportan y nos permiten ingresar conscientemente al mundo de las ideas, para inspeccionar, calificar contrastar, censurar, y corregir, ese mundo imaginario o mundo real en que se vive, porque la base de la cimentación de las ideas son las mismas personas con todos sus procesos psicofísico socio culturales y espirituales, y a partir de esa situación imaginaria, u existente, debe defendérsela o modificársela; es así que pensando desde el caso particular y de relación entre psicólogo (interventor) e intervenido debe manifestarse sentimientos positivos, de confianza, respeto y de agrado por ambas partes. Seguido de objetivos y alianzas terapéuticas: Como: Vínculo emocional positivo, acuerdo recíproco de las técnicas de intervención, y tareas terapéuticas.

Por parte del receptor, la relación entre conducta y malestar, debe ser honesta porque es con ésta información que se correlacionan los elementos responsables con su molestia, y a partir de aquí la dinámica de la conducta estará dirigida a la adquisición de objetivos y metas propuestas para ayuda del beneficiado y satisfacción del benefactor.

Las actividades solidarias genuinas, son aquellas que buscan el bienestar del conjunto, que van en esta dirección y aportan el crecimiento de la sociedad humana. Por otra parte la aplicación del conocimiento también debe de tener un necesario marco ético que exija que la utilización del conocimiento solo puede estar a favor del crecimiento de la vida humana y nunca generar o justificar su daño o destrucción. (Centromundial de estudios humanistas (2010) párr. 16).

Teniendo la experiencia como punto de partida, la validez de los actos de conducta no se puede ponderar sino por el registro que de ellos se tenga. Por esto, más que una valoración moral externa, el Humanismo Universalista propone “Principios de Vida”, que se relacionan con el

registro interno y orientan la conducta hacia la realización de “acciones validas”. (Centro de estudios humanistas (2010). párr. 11).

Los indicadores que permiten identificar estas acciones validas, es decir, aquellas que dan sentido, coherencia y sentimiento interno, son:

- . El registro de profunda distensión al ser realizados.
- . El deseo de ser repetidas.
- . La sensación de crecimiento interno. (párr. 12).

Adaptando éstas reflexiones a los conocimientos aprendidos en psicología, estos deben ser aplicados de acuerdo a cada aprendizaje y ejercerlo, ajustado a cada enfoque empleado; es así como el método cognitivo-conductual deberá centrarse en el sistema de creencias y observar cambios en la vida del sujeto. Páez, Guitierrez, Valdivia, Luciano, (2006) citan a Castanedo, (1988). La Terapia gestáltica, en la toma de conciencia de las propias necesidades para poder revivirlas emocionalmente y cerrar lo que había quedado incompleto hasta ese momento. (pág. 5). La terapia humanista en el sentido donde las personas consiguen su auto-actualización, esto es la realización del potencial humano. (Páez, et, al; 2006), citan a Rogers, (1971). La Terapia Centrada en el Cliente exponiendo situaciones para la comprensión del cliente desde su marco interno de referencia y la aceptación incondicional de su valor propio como persona, (pág. 6). La terapia estratégica y la terapia familiar en formular el síntoma presentado aquí y ahora por el cliente y planear una intervención en su situación social a fin de modificar dicho síntoma; a través de la comunicación.

La ACT (Terapia de aceptación y compromiso), parte de que el cliente no tiene pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino que el problema viene dado por el modo en el que la persona reacciona ante esos eventos privados. (Páez, et, al; 2006.).

Asumiendo que, toda persona que necesita ayuda y la solicita, es debido a que su único deseo es solucionar o conseguir el cambio que necesita. En relación, al aspecto psicológico se podría decir, que se debe de crear un abordaje de objetivos juntos (cliente-terapeuta), pactar obligaciones utilizando los recursos y partiendo de las necesidades del cliente para crear un plan de acción y alcanzar las metas trazadas; partiendo de un compromiso vital, que tenga

como esencia valores éticos personales y profesionales, empatía, sentimientos de confianza y respeto mutuo, que todo en su conjunto sea el centro de la terapia para minimizar o eliminar los síntomas que aquejan a la persona y a su inserción y desarrollo con un estilo de vida saludable; ya que la vida emocional de cada persona es tan compleja como el mundo mismo en que vivimos, y el desarrollar un plan de guía que surta efecto positivo para el cambio buscado por el cliente debe ser un compromiso vital de ambas partes.

1.2.6 Resiliencia.

Kottianco, y Cáceres. (2011), “Es un proceso dinámico constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales. (párr. 10), entonces, como es de conocimiento los seres humanos nacemos capacitados para enfrentarnos a la lucha y huida en situaciones de riesgo, peligro, tensión o amenaza, y ante cualquiera de estos eventos, la reacción del organismo, según, Macías, (2015), hace que se presenten modificaciones neuroendocrinas estrechamente mezcladas que ponen en juego el hipotálamo (centro de emoción del cerebro) y las glándulas hipófisis y suprarrenales (centro de reactividad). Esta reacción que es la respuesta normal a un agente específico, se produce en todo individuo sometido a una agresión. (Párr.3).

Debido a que, evidentemente todo ser humano en un momento de su vida va a atravesar por cualquier adversidad, tal como: pérdida de una persona allegada, despido inesperadamente de trabajo, complicaciones económicas, sentimentales, etc. Inundablemente se va a ver asaltado por una serie de emociones que inundarán su organismo a consecuencia de cualquiera de estos infortunios, desventuras o amenazas que se verá avocado a enfrentar. Se ejemplariza eventos con una misma persona con y sin participación de la misma, como lo es el caso de la muerte de un ser querido, donde no se pudo hacer nada, ese sentimiento de culpa no existe, es una resignación a una realidad dada (todos somos mortales), pero que sucede en el despido de un trabajo por falta de responsabilidad o de ¿cumplimiento de tus tareas? Lo más importante es el hecho de que el ser humano es un ser consciente, tiene responsabilidad de sus acciones e inacciones, (causa-efecto); y si los materiales físicos se agotan, como no ¿hacerlo el ser humano?, tanto es así que se merece acentuar la noción de resiliencia, término de ingeniería,

citado por WordPress (2008-2015), como la “magnitud que cuantifica la cantidad de energía que absorbe un material al momento de romperse por un impacto” (párr. 5), y físicamente hablando la resistencia de un material se pone a prueba con cargas, tensiones, calor, flexión, etc. en donde cada material tendrá una reacción de acuerdo a su composición de estructura; tan comparable puede ser de igual manera la estructura emocional de las personas en su capacidad más allá de la resistencia para sobrellevar y sobreponerse a cierto acontecimiento en un tiempo prudencial.

Fernández (2015), cita a: Chapital: “Muchas veces triunfar no significa llegar en primer lugar o ser el mejor en lo que se hace, significa el logro de cambiar uno mismo cada vez que se enfrenta la adversidad, para no terminar derrotado por el destino” (párr. 24); resulta ciertamente convincente lo que dice el autor, pero, ¿que decir sobre los problemas de estrés, ansiedad, depresión que aquejan cada vez más a personas en el mundo? Esto podría responder a que todavía no se tiene ni se adquiere los lineamientos que proveen al ser humano de recursos corregidos y optimizados para prevenir o poder desafiar problemas de salud, al tener mayor resiliencia; podría ser, tal vez, porque la capacidad del ser humano esta circunscrita en tantos otros condicionantes para enfrentar la adversidad que puede ir más allá de la resistencia de una persona unida a sus expectativas de vida, logros, fracasos, objetivos, cognición, personalidad, experiencias, etc.?; y todavía no se cuenta ni se provee de los recursos tanto como para la promoción y progreso de esa naturaleza interior así como también poder acondicionar y pulir ese medio exterior y alcanzar el cambio que propone el autor en donde se logre afrontar con mas efectividad el infortunio. El hecho de que cada vez vaya en aumento los problemas de estrés, ansiedad, depresión, significa que las personas aún no adquieren la suficiente resiliencia y de esta manera, se sigue sumando los desfavorecidos en experiencias emocionales negativas, asociadas a resistencias cognitivas con poca firmeza al afrontamiento sin utilización de sus mejores recursos para poder prevenir enfermedades y desafiar más efectivamente los problemas de salud ya existentes.

Se señala de acuerdo a todo lo descrito anteriormente, de que deben existir cimientos positivos para que favorezcan el entrelazamiento y fortalecimiento de la resiliencia, y al ser uno de ellos la capacidad para relacionarse con los demás, esto equivaldría a que la aproximación hacia otros es fundamental, lo que encerraría en términos generales al apoyo social. A la importancia de esa otra variable psicosocial objeto también de esta investigación, que incorpora a la comunicación verbal y no verbal con otras personas, a la necesidad de afecto, de que se

atienda y de que se escuche, o de cualquier actitud que se perciba como positiva de los demás, porque son ellas las que van a estimular y aleccionar para dar crecimiento a toda esa conjugación de pensamientos ordenados y manifiesto de conductas ajustadas al medio presentado. Pero si se habla de estado emocional positivo no se podría dejar de lado a la inflexibilidad psicológica, ya que esta nos enseña que se debe aprender a luchar con escenarios propios personales relacionándolos de manera diferente; dando como resultado una mayor capacidad para saber cómo sobrellevar y sobreponerse a cualquier acontecimiento. Como se vio anteriormente el aumento considerable del nivel de estrés provoca cambios hormonales, emocionales; y una manera de afrontarlos es con la influencia de nuestro estilo de pensamiento y percepción ante el infortunio dado.

Flores, (2015), se ha demostrado que la Resiliencia (nómica), tiene su disímil, siendo la: Anomia asiliente, tal como lo presenta:

Es una actitud enferma, una conducta desviada de la norma, que se caracteriza principalmente por transformar la visión real de sí mismo, por una visión errónea. Es decir, un sujeto o grupo teniendo capacidades propias, demuestran incompetencia, para resolver problemas y alcanzar un alto estándar de vida; obteniendo resultados negativos ante la adversidad. (párr. 8).

La anomia asiliente social es producida por los cambios estructurales que forman diferencias, marginación y exclusión social, racial y étnica.

Al aplicar las propias leyes de la física (la estabilidad, el equilibrio), deberíamos partir en llevar una vida en armonía como un ser social, una persona de provecho para sí mismo y la sociedad; pero es una medida diferente para cada ser humano, y de ahí deviene nuestro éxito o fracaso; y cada quien con sus propios sueños, con objetivos medibles alcanzables o no, pero cabe la pregunta: ¿en dónde básicamente debería primar la felicidad propia y de quienes nos rodean?, la respuesta es única y exclusiva porque estabilidad y equilibrio es un concepto muy diferente para cada uno de nosotros; y si bien la resiliencia es particularidad global universal, muy individual del sujeto, entonces, cabría la pregunta cuáles son las metas propuestas? cuáles son las alcanzadas?, como sociedad podría decirse: alcanzar los logros sociales como eliminar el analfabetismo o la mejora en la sanidad pública, y como individuo las metas podrían ser: académicas, deportivas. He aquí la importancia del apoyo social, la familia, profesores, educar

niños y jóvenes capaces de poder afrontar cualquier adversidad de la ardua vida venidera, la única forma de hoy en día es educarlos y formarlos resilientes, dejarlos que en todo momento fluya la resiliencia con la que ellos han nacido, evitar la órdenes, construir conciencias críticas, enseñarles a discernir para que cualquier decisión sea argumentada, proveerles un ambiente sano que alimenta la resiliencia, las relaciones de paternidad, son el terreno apropiado para formar lazos con otros adultos pro sociales, proporcionar formación de calidad a través de reglas, perspectivas, socialización, padres afectivos pero que exijan que se cumpla las reglas apoyadas en valores morales y éticos permanentes e incesantes para que sea proyectada en buenas conductas sociales, al hablar de diferencias individuales y habilidades cognitivas, es ayudarles a crear o incentivar destrezas ejercitándose en la resolución de problemas y de cómo hacerlo, afianzar su autoconfianza, autocontrol. El aprendizaje demanda armonías mutuas y perseverantes entre cada uno y el conjunto de personas que encierra un contexto, sean estos: padres - hijos; educadores – educandos.

1.2.6. Ansiedad y depresión.

La ansiedad y la depresión se considera dos de los desórdenes psicológicos que aquejan a un número considerable de personas en el mundo, siendo objeto de estudio de la presente tesis como una de las variables que afligen a los adolescentes en salud mental. A continuación una definición de cada una de ellas.

Colegios oficiales de médicos, Madrid (2011), cita a la OMS:

La depresión es actualmente la cuarta enfermedad en importancia causante de discapacidad en el mundo; igualmente prevé que en el 2020 se convertirá en la segunda enfermedad con mayor carga social. Por otra parte, la prevalencia de la depresión es dos veces superior en la mujer que en el hombre y esta diferencia se observa durante toda la edad media de la vida.

Se ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas como artritis, asma o diabetes. (2011).

Si, se hace historia en cuanto a las diversas teorías que han contribuido al desenvolvimiento de lo que es la enfermedad de la depresión, se podría empezar con la Grecia Antigua Sánchez (sf),

donde el filósofo Hipócrates, mencionaba los cuatro humores como rasgos de personalidad, lo que da a entender que había conciencia de la depresión al asociar, la sangre, la flema, la bilis amarilla y la melancolía, que llamó así al unir los términos “melan” (negro) y “jole” (bilis). Un exceso de bilis negra, provoca tristeza en el individuo. Con el nombre de melancolía era distinguido lo que actualmente se le conoce como depresión. (Párr. 4), de igual manera, el conglomerado social de tiempos pasados y algunos grupos existentes en la actualidad denominados tribu, en donde el jefe el “brujo”, es quien recurría o recurre a la magia, o brujería, atribuyendo la culpa de toda la negatividad de las personas a espíritus malignos o perversos; y su medicamento eran o son el manejo de remedios mágicos o pócimas elaboradas a base de plantas y menjunjes. (párr. 2).

En el siglo XVII, Thomas Willis, Médico Británico, descarta la teoría de los cuatro humores y concluye que esta dolencia es producida por diversos procesos químicos en el cerebro. (párr. 8), a finales del S. XIX y principios del XX, el alemán Emil Kraepelin y el austriaco Sigmund Freud, padre del psicoanálisis estudian a profundidad dicha enfermedad: Freud dice que esta dolencia estaba motivada por el contraste entre el “ello” (la naturaleza salvaje básica del ser humano), y el “súper yo” (las reglas sociales), y Kraepelin creó una clasificación de la enfermedad, en: simple, confusa, grave o fantástica; y expuso que tenía causas orgánicas vinculadas a elementos hereditarios. (párr. 9,10). Al continuar en tiempo, en los años 60 uno de los padres de la Terapia Cognitiva Conductual, el americano Aaron T Beck argumenta que la “depresión tiene su origen en problemas con el procesamiento de información mental. Cuando en los recuerdos absorbidos por el individuo predomina una visión negativa del mundo, puede aparecer la enfermedad”. (párr. 11).

Durante el siglo XX la expresión "depresión" se amplía y cada fracción de ella se vuelve más concreta asociándose y dependiendo de otros términos tales como stress, obsesión, ansiedad. (Párr. 12). En consecuencia, como se puede apreciar este sentimiento como lo es la tristeza, por ser una de las unidades que compone las emociones, es indudablemente imprescindible, al punto de que cada día esta enfermedad causada en parte por sentimientos negativos va incrementando su crecimiento en cuanto al número de personas afectadas; esto da la idea que esta emoción, manifestada en tiempos prolongados puede ser un desencadenante hacia algunas enfermedades, encontrándose entre ellas la depresión; la cual ha sido computarizada y manifestada por la OMS como:

Organización Mundial de la Salud, (2015), Se calcula que la depresión afecta a más de 350 millones de personas a nivel mundial. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan 800.000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (párr. 1).

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. (párr. 3).

Así que, armonizando lo anteriormente recopilado, es factible decir que esa privación y sumisión psicológica, fisiológica y biológica asociada a la herencia, al ambiente sociopolítico, cultural, medios absorbentes y circundantes que envuelve en relevantes dificultades diarias al ser humano, con hábitats de contrariedades, amenazas, adversidades, frustraciones, con parapetos que interrumpen deseos importantes del sujeto, o logros ya conseguidos que deslíen muchas veces la esperanza a cambio de grandes sufrimientos y dolor; llevan en su conjunto responsabilidad de los síntomas psíquicos, como: desesperanza, sentimientos de inferioridad, autoestima baja, desidia; de síntomas somáticos como: astenia, anorexia, pérdida de peso, trastorno del sueño, síntomas fisiológicos como: ritmo acelerado, sensación de desmayo, dolor o aumento de orina, sudoraciones, que lastimosamente la inconsistencia del ser humano, su alta inflexibilidad psicológica, stress, ansiedad, el poco apoyo social, y el dilema que lo encierra como humano en su complejidad y simplicidad enfrentado a la inflexible evolución de la sociedad, y tecnología, no cabe duda que la depresión se llegara a convertir como declara la OMS en “el gran mal de la humanidad y la segunda enfermedad de discapacidad a nivel mundial con un gran peso socioeconómico para los estados del mundo”.

Analizando la ansiedad básicamente como mecanismo de defensa, universal, presente en cada persona, manifestado mediante respuestas ante situaciones consideradas como amenazas, la, Clínica de ansiedad (2015), declara que:

Es normal, adaptativo, mejora el rendimiento, la capacidad de anticipación y respuesta, y no representa ningún problema de salud. Su función es movilizar al organismo y mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o perjudiquen. Nos empuja a tomar las medidas convenientes (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, etc.), según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro.

Sin embargo, en algunos casos, este mecanismo funciona de forma alterada, es decir,

produce problemas de salud y, en lugar de ayudarnos, nos incapacita. (párr. 1).

Por consiguiente, como ya se ha manifestado venimos al mundo proveídos de ciertos mecanismos necesarios para nuestra supervivencia, pero cuando por a o b razón estamos inmersos en tensiones que desproporcionan y desestabilizan nuestro patrón de conducta uniforme, éste se afecta y deja de ser considerado como normal.

Por lo tanto, la ansiedad, forma parte de la vida del ser humano y es importante recurso de supervivencia para hacer frente a entornos de inseguridad, osadía, miedo, riesgo, entre otros, lo que su término sugiere sobresalto e intranquilidad inflexible; dado por la composición de síntomas cognitivos y fisiológicos. Al presentar ejemplos concretos de cómo se percibe la ansiedad, se puede decir que: la defensa de una tesis para recibir un grado, la prueba de un examen de fin de año, estar solos en una calle a oscuras a altas horas de la noche, la víspera de un evento importante en nuestra vida; da las sensaciones de lo que es sentir ansiedad, y todas ellas son consideradas como normales, proporcionando la posibilidad de estar atentos a momentos de incertidumbre y obrar con más conciencia; pero cuando no desaparecen, después de terminada la situación amenazante o riesgosa y por el contrario empeoran, agudizan, y se prolongan puede convertirse en un trastorno de ansiedad.

Acogiendo la afirmación de Sierra, (2003), en el año de 1985 de dos psicólogos norteamericanos, "Husain y Jack Maser, certifican que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días". (Pág. 17); acotación que fue realidad, y se sigue viviendo en un aumento permanente, lo que ha llevado a considerar a los Trastornos de Ansiedad, por algunos autores, como la epidemia silenciosa del siglo XXI, y por otros la enfermedad oculta del s. XXI.

A razón, de que vivimos en sociedades consumistas, en constante competencia personal muchas veces requerida para nuestra supervivencia, para mantener nuestro estilo de vida aprendido o con cierto patrón estereotipado, debemos tener conciencia de que nuestros determinantes genéticos, biológicos, psicofisiológicos, solidarizados con los agentes externos van a intervenir con una inundada o escasa capacidad de nuestro legado genético el que tiene que lidiar con las nutridas e inquebrantables variables psicosociales que ponen a prueba la conducta y desenvolvimiento íntegro de un ser limitado en el espacio y en el tiempo.

En consecuencia, a todas estas preocupaciones, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adherida a la Organización Mundial de la Salud, han seleccionado el 10 de Octubre como el día mundial de la salud mental, pues éste trastorno demanda de seriedad y sensatez de todos y cada una de las personas en el mundo, a lo que la OPS/OMS (2012), certifican que los “trastornos de ansiedad afectan al (3,4%), seguida por la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), liderando la depresión como la más común con un (5%)”. (Párr. 12).

De manera que, al consumismo y competencia con quienes se vive diariamente, se adjunta la poca o saturada capacidad de resiliencia, adherida a la incapacidad de poner a prueba nuestra inflexibilidad psicológica, consiguiendo en definitiva el desarrollo de cualquier tipo de problema de ansiedad.

Según, Luna, grupo de psicólogos y psiquiatras en Madrid y Barcelona, (2002), existen aspectos comunes entre el trastorno ansioso-depresivo, ya que el 70% de los pacientes refieren presentar uno de los dos trastornos en diferentes grados y tipos. Cuando las situaciones implican amenaza y pérdida a la vez, se lleva a la activación de los dos sistemas, con diferentes posibilidades de combinación. Igualmente algunos síntomas aparecen por igual en ansiedad y depresión, como por ejemplo dificultad de concentración, insomnio, vértigo, falta de habilidades para la resolución de problemas, para las habilidades sociales, pensamiento desadaptativo y rígido, pudiendo llevar a conductas y pensamientos muy similares aunque con causas y contenidos diferentes. En ambos trastornos participan los mismos sistemas de neurotransmisión existiendo deficiencia de serotonina o noradrenalina (párr. 1,3,4,5,8.).

Lo que lleva a deducir que la vida de estas personas no es fácil por la incomodidad sustancial, de esta composición de emociones que insta a la demanda y preservación de energía.

La CIE-10, clasificación efectuada por la Organización Mundial de la Salud, incluye el trastorno mixto ansioso-depresivo donde se da diferentes posibilidades de combinación de síntomas propios de la ansiedad y propios de la depresión.

En el DSM-IV, clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, se propone para nuevos estudios un trastorno ansioso-depresivo caracterizado por estado de ánimo disfórico (inquietud, tristeza, ansiedad, preocupación, falta de energía, baja autoestima); de manera que ambas clasificaciones reflejan la coexistencia entre ansiedad y depresión, en las reacciones de

adaptación (CIE-10) o trastornos adaptativos (DSM-IV).

Características Ansiedad	Características Depresión
Sistema de alerta. Eventos de daño o amenaza.	Sistema conservación/regulación de energía. Eventos de fallo, pérdida o degradación.
Pensamientos de daño o amenaza. Aumento de la activación y conductas de ataque, lucha o huida.	Pensamientos de fallo, pérdida o degradación. Disminución de la actividad. Física y social, retraimiento y enlentecimiento de los movimientos.
Tensión.	Tristeza y dificultad para sentir.
Aspectos específicos de los trastornos de ansiedad (rituales, flashbacks, miedo al miedo...).	Pérdida del sentido de la existencia, culpa inapropiada, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.
El tratamiento reduce la activación y demuestra la no relación entre los estímulos o situaciones y una amenaza real y altamente probable.	El tratamiento quiere aumentar la actividad y enseñar que hay relación entre actuar y recibir recompensas.

Fuente: Coexistencia de manifestaciones ansiedad-depresión
(Grupo de psiquiatras y psicólogos Madrid y Barcelona, España).

Por lo tanto, el cuadro explicativo presenta las particulares propias de cada desorden psicológico, con lo cual, se rescata de todo lo precedente, que ambos trastornos pueden estar presentes conjuntamente en una persona, con el predominio de diferentes emociones, así pues para la ansiedad influye el temor, y para la depresión interviene la tristeza, lo que encierra a emociones de descripción negativa, que se adecua de igual manera en pensamientos y conductas de la misma índole.

1.2.7. Satisfacción vital.

El bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones, equivalentes a la felicidad subjetiva (Padrós, Martínez, Gutiérrez-Hernández y Medina, 2010).

En consecuencia, la satisfacción vital involucra varios aspectos para poder definirla en su totalidad de expresión, por ser algo subjetivo. Se compone de elementos cognitivos tales como: Satisfacción general, personalidad, autoestima, sociabilidad, dominios; e incluye al mismo

tiempo emociones agradables: afectos positivos, felicidad; relacionado esto indudablemente con el medio donde se vive, se desenvuelve, y donde se interactúa; congruente con su cultura, y el apoyo social percibido.

Chavarriga, Barra (2014), citan a Diener, Scollon y Lucas; 2009; Vera-Villaruel, Urzúa, Pavez, Celes-Atenas, y Silva 2012), El componente cognitivo para hacerlo más explícito, corresponde al constructo de satisfacción de vida, y es la “evaluación general que una persona hace de su propia vida. (Párr. 3); sin embargo, también se piensa en satisfacción vital, cuando según el modelo multidimensional involucra a “niños y adolescentes incluye los dominios familiar, escolar, amigos, a si mismo, y entorno Chavarriga, Barra (2014), citan a (Antaramian y Huerner, 2009; Huebner, 2001) (Párr. 3); de donde se desprende que las autoridades o predomios cercanos a la vida de las personas, en este caso de los jóvenes, son las que influyen en el bienestar personal y la adquisición de ciertas conductas.

El componente emocional, referente a la felicidad intangible, recaería en los sentimientos o afectos positivos, a través de emociones como simpatía, amistad, gozo, etc.; siendo la cara opuesta a los sentimientos negativos, que pudieran ser evaluados por medio de la tristeza, ira, ansiedad, culpa, etc. Por consiguiente una persona con mayor experiencias emocionales positivas, es más probable que vea la vida de una manera más auténtica, feliz, y acertada. Por lo que la satisfacción vital sería un estado de comodidad que invade internamente a un ser humano, proyectándose en sus acciones y comportamiento de la misma medida en que siente su compensación interna en todos y cada uno de los aspectos que le envuelven.

Flores, 2015, cita a, Sigmund Freud, la felicidad es algo utópico, ya que para que ésta sea posible, no podría depender del mundo real, donde los individuos están expuestos constantemente a experiencias desagradables, como el fracaso y la frustración, y, sostiene que a lo máximo que podría aspirar un ser humano es a una felicidad parcial. (párr.4.). Partiendo de este argumento, se agrega, que al existir un buen estado mental, relativamente hay un buen estado físico, el cual permite realizar actividades satisfactorias.

Como se sabe, la existencia de posesión biológica de carencias como seres humanos, invita a que se debe estimular emociones positivas, que permitan aumentar cualidades para ser feliz, que proporcionen placidez, ya que también se ha sido poseído de muchas bondades; que

algunos quieren pedir tanto a la vida sin querer dar nada de si con esfuerzo, lo que se podría llamar estar ante una anomia asiliente, porque a pesar de poseer capacidades propias, existe el impedimento para cumplir las diferentes aspiraciones del ser humano.

Si para muchos ver la sonrisa de un niño causa placidez y sosiego, sentir el abrazo de un ser querido es un momento inolvidable, beber un vaso de agua en cierto momento de sed es algo tan placentero, para otros no podría serlo, lo que les llevaría a la búsqueda de otros alicientes para poder sentir estos placeres naturales; siendo válida la opinión de José García H. (2013), quien cita a Gilbert y colaboradores (2008), y, consideran a las emociones positivas de dos tipos:

El primero tipo asociado al sistema dopaminérgico, ya que controla el impulso y el esfuerzo de búsqueda". Y "El segundo tipo ligado al sistema opiáceo y de la oxitocina, que induce al confort, la relajación, el disfrute y la alegría. El primero esta asociado a la felicidad que proviene del compromiso y el sentido de la vida y el segundo de la felicidad hedonista. (párr. 15).

De acuerdo al autor, evidencio que, las emociones positivas están ligadas en ambos casos a la felicidad, y todo lo que represente placer va a significar huir a la tristeza. Pero es aquí en donde cada persona define y actúa como alcanzarla. Existe en la sociedad parámetros básicos que enmarca a la persona dentro de ciertas cuantificaciones para ser feliz, ejemplo la tolerancia, respeto, metas, familia, educación, etc. Aunque para cada quien la felicidad es única y muy exclusiva, es por esto la importancia de las diferencias individuales, ya que la pertenencia en este mundo es muy particular y limitado pero relativamente sustancial para todos encarcelar la felicidad de la misma manera.

A continuación se expone, diversos pensamientos de felicidad para:

Aristóteles (siglo III a. de C.), La relacionaba con el equilibrio y la armonía, y se conseguía mediante acciones encaminadas a la autorrealización.

Epicuro (s. III a. de C.), Se alcanza por medio de la satisfacción de los deseos y los placeres.

Confucio (s. V a. de C.), Que venía a través de la armonía entre las personas.

La doctrina budista asevera que la felicidad únicamente se consigue a través de la liberación del sufrimiento y la superación del deseo, a lo cual se accede mediante el entrenamiento mental.

Deduciendo de las reflexiones anteriores, nuevamente se aprecia que la felicidad es considerada como todo aquello que da bienestar a la persona; sin desconocer que las emociones negativas al igual forman parte inevitablemente de la vida, y no se esta exento de un fracaso, pérdida, o cualquier infortunio, etc. Se debe aprender a ser tolerante consigo mismo, y con los demás, no minimizar la autoestima, auto-eficiencia y auto-eficacia, aceptar las angustias y derrotas, aprender a controlar y corregir la conducta, a buscar alternativas, a tener visiones más amplias, para transformar funciones complejas cognitivas con la agudeza de la flexibilidad psicológica, y desplazarlas a motivaciones más enérgicas para aprender a lidiar con la situación existente enfocándola desde otro ángulo diferente desplegando la capacidad de resiliencia, con lo cual se aprenderá el significado de equilibrio, y se experimentará el conocimiento para distinguir y saber seleccionar entre la cantidad y la fuerza de las emociones positivas versus las negativas, y encontrar esa magnitud escondida para variar la adversidad en una oportunidad, y conseguir un extra de invulnerabilidad que permita la adaptación al medio.

Es primordial poner a prueba la exposición de, García H. (2013), cita a, (Fredrickson y Losada, 2005), “Se ha realizado un modelo matemático que indica que para que se dé el crecimiento y desarrollo de la persona se tiene que dar las emociones positivas en una razón de 3 a 1 sobre las negativas”. (párr. 14).

En concordancia con los distintos autores descritos anteriormente, y sus respectivas afirmaciones, se hace un compendio, en base al mundo social, material, y terrenal que se habita, para enmarcar, a la satisfacción vital en: Ser uno mismo, elegir con responsabilidad y valores, de acuerdo a las normativas regidas por la sociedad, actuar coherentemente a la forma de pensar y sentir, obtener logros personales, adiestrar nuestra actividad mental para provocar y aumentar emociones positivas sobre las negativas, agudizar el sentido común para proyectarse en la dirección correcta, asumir compromiso vital con la sociedad y consigo mismo para no alejarse de esa búsqueda que da sentido y razón a la vida. Palabras que se refuerzan con el modelo de aprendizaje ético de: Martínez, (2001), la persona a través de autoaprendizaje y

autoeducación se autoconstruye en situaciones de interacción social y cultural incorporando valores, rechazando contravalores y, sobre todo, organizando jerárquicamente su escala de valores. (pág. 23).

La adolescencia etapa privilegiada, pero la crisis radica en que al encontrarse en ese período no es posible darse cuenta de tan valioso tesoro que se posee en ese momento; por lo que se admite el criterio de: Ugarte R. (2008), cita a Coleman y Hendrys (1990), La transición de la adolescencia, no puede ser exitosa sin un número sustancial de ajustes, en lo psicológico como en lo social. (p.136). Y es precisamente durante ese periodo, donde se generan o nacen procesos claves para el desarrollo de cada adolescente, sobre todo esa pequeña pero gigante independencia que empieza a surgir en esta etapa, y es la que va dando identidad propia, la que pone a prueba las debilidades del entorno versus las fortalezas internas, se inicia ese desprendimiento obligatorio del núcleo familiar que se direcciona hacia un grupo mayor, la sociedad, conllevando a una reasignación, las relaciones, se van concretando, se construyen roles, en ese gran universo de lo que es una sociedad, que en ciertos momentos es tan específica y en otros forma parte de esa colosal naturaleza. Y no se puede esquivar ese desafío, es parte del hábitat en que se vive: lo ideal sería hacer coincidir esos elementos de similitud que se poseen y que identifican al individuo, con acciones que promuevan el desarrollo psicológico, social, que lleve a cumplir un rol, rol que al final de los días conlleva necesariamente a una satisfacción personal.

2. Consumo de drogas

2.1. Consumo problemático de drogas.

Se vive en conglomerado y por lo tanto no se puede ser indiferente ni convertirse en cómplice con el problemático consumo de sustancias adictivas por parte de los adolescentes, ya que como parte activa de la sociedad se pertenece a cierto sector que involucra e inmiscuye a todos los individuos en esta problemática, siendo cada día más evidenciado el aumento del consumo de estupefacientes, lo que está creando malestar general internacionalmente y afectando a nivel individual, biológico, familiar, social, económico, cultural y político, además de asociarse a diversos y variados tipos de comportamientos y conductas desadaptadas con sus correspondientes consecuencias.

Las derivaciones que se perciben y siguen proyectándose por el consumo problemático de drogas no es ajeno a nivel gubernamental, que, según, Andrade, Cuenca y León, (2015), es considerado como prioridad nacional evidenciado en el Plan Nacional del Buen Vivir (2013), y el Plan Nacional de prevención integral de drogas (2012), siendo su objetivo principal analizar la modulación de impacto de algunas psicovariables que influyen como consecuencia del estrés percibido en la salud de la colectividad de estudiantes de bachillerato del Ecuador. (p. 13, 14).

Esta sensibilización y preocupación recibe la adherencia de la Universidad UTPL, con intervención de los aspirantes a recibir el título en Psicología, quienes siguen los lineamientos e instrucciones del Departamento de Psicología de dicha Universidad, y realizan el estudio investigativo pertinente en planteles educativos mixtos, a nivel Nacional, con alumnos de primero y segundo de bachillerato con la aplicación de una batería de preguntas psicológicas sobre las variables psicosociales que afectan la salud mental en los jóvenes, provocando cambios en su estilo de vida personal, que afectan directamente a todo el conglomerado familiar y social. Una vez recogido los datos y con el análisis correspondiente se proyecta el inicio de programas de prevención e intervención y la enseñanza de estrategias que promuevan y estimulen la autonomía de los estudiantes y su satisfactoria interrelación con el medio en que se desenvuelven.

Guerra, (2010), alude a la Organización Mundial de la Salud, quien definió en 1969, el término de drogas como “Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”. (pág. 1).

Guerra, (2010), alude a la OMS (1982), quien delimita las sustancias que producen dependencia como droga de abuso a: “Toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que, introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptibles de ser auto- administrada”. (pág. 1).

En consecuencia, se afirma que el uso y el abuso de estupefacientes producen alteraciones en la percepción, pensamiento, estado de ánimo, se crea dependencia, promueve comportamientos delictivos, conflictivos a nivel social y familiar, desencadenando enfermedades psíquicas, y por ende físicas, y sociales.

De acuerdo a las teorías anteriores, el uso y abuso de drogas puede crear dependencia; entonces, la discusión se dirige en cuanto a la legalización mundial de estupefacientes, ya que la Organización de las Naciones Unidas, según, RT, noticias internacionales (2014), cita a Agencia EFE (2014), “sugiere por primera vez la despenalización del consumo de estupefacientes” señalando, que: “los objetivos en la lucha mundial contra las drogas no se cumplen”. (párr. 1).

Asimismo, a que, “La despenalización del consumo de drogas puede ser una forma eficaz de descongestionar las cárceles, redistribuir recursos para asignarlos al tratamiento y facilitar la rehabilitación”. (Párr. 2); teniendo como respuesta de la Organización de Estados Americanos y la OMS, su acuerdo a la despenalización, consumo, castigo, tráfico y a la distribución: ya que en todos estos años de aplicación de la ley con políticas constantemente perseguidoras y autoritarias no han conseguido el objetivo de exterminación de las drogas; y por el contrario el consumo aumenta cada vez más, conjuntamente con el deterioro personal y social; al igual las cárceles mundialmente se ven saturadas con el encierro masivo logrando sanciones y condena al usuario o expendedor de estupefacientes. Organización Mundial de la Salud (2014), “Hoy en día se plantea el tema de la despenalización a nivel mundial en donde cada país debe trabajar hacia el desarrollo de políticas y leyes de prevención, promoción e intervención”. (párr.3).

Se puede citar a países latinoamericanos como Uruguay, primer país de América Latina que legalizó en el año del 2011, la producción, comercialización, tenencia, uso recreativo, medicinal, industrial de la marihuana; a Colombia, Argentina, Chile, quienes han legitimado el uso posesión consumo de ciertas drogas desde luego con implicaciones de restricciones.

En el Ecuador, Reyes, (2013), cita en El Telegrafo (2013), “el tema de lucha contra las drogas está en la palestra por su real dimensión”. Los que están a favor de la legalización señalan que los gobiernos obtienen mayores controles sobre el mercado de estupefacientes al poder regular y gravar la producción y venta de estos, como ocurre con el tabaco y el alcohol. (párr. 1); y quienes no están de acuerdo con su despenalización propugnan que aunar su lícito consumo tendría consecuencias nefastas en la sociedad, (párr.2).

En consecuencia, es aquí donde entran en juego la inteligencia, capacidad, y sobre todo el poder de elección; del ser humano, porque si organizaciones mundiales han estudiado ya el hecho que la reprimenda ha sido una batalla perdida, además de dispendiosa, infructífera y errónea, lo cual ha sido probado por los cambios propuestos, posiblemente buscando estrategias contrapuestas y anhelos de que esta vez no exista fracaso o al menos sea en menor escalada, obviamente sin perjuicio de la salud.

Pero, parece que la contradicción se vuelve a interponer, ante noticias como estas:

Las fantasías de los escritores de ficción y de horror no superan la realidad de los crímenes que se han cometido durante el presente año: un joven le disparó a su padre en el rostro mientras dormía, porque anteriormente lo internó en un centro de rehabilitación de drogadictos; una abuelita fue asesinada por su nieto que consumía drogas; un hombre fue denunciado por sus hermanos y apresado por la policía, porque borracho y posiblemente drogado, acostumbraba violar a su madre. (Burgos, 2015. párr. 1).

Si se busca relacionar y comparar los resultados de legalizaciones, se podría tomar el ejemplo de los Estados Unidos, país desarrollado, en donde se comente crímenes masivos por el porte legal de armas.

En Holanda uno de los primeros países del mundo que legalizó de manera parcial la venta de marihuana hace dos años se ha comenzado a reducir los ‘coffee shops’, donde se ofrecía libremente el cannabis, debido al aumento del mercado negro con drogas de alta pureza, mayor calidad y menor precio. (Sausa, 2014. párr.6.).

En Uruguay, la ley aprobada en 2013 dejó en manos del Estado la tarea de controlar todos los eslabones de la cadena productiva de la planta, desde la importación de las semillas

hasta la venta de la sustancia en farmacias. Sin embargo, la venta prevista para arrancar a fines de este año se retrasará hasta 2015 porque implementar la medida – que incluye un registro de los consumidores – no parece ser tan fácil. (párr. 7).

Un primer estudio mundial del uso de la marihuana recreativa en la zona de Colorado (USA), reveló que los habitantes están fumando cantidades elevadas de cannabis, y los visitantes también (párr. 9).

De esta manera, todo esto demuestra que, por la instauración de una disposición gubernamental de que un estupefaciente debe de ser legal, no quiere decir que deja de ser prejudicial, sumado al crecimiento inadmisiblemente de violencia, descontrol y corrupción humana que afecta a las sociedades a nivel mundial, particularmente jóvenes, pobres, y sectores más vulnerables, el hecho de descriminalizar el consumo no pretende indicar que no van a existir consecuencias de profundización de los problemas de adicción, ya que este está arraigado, infiltrado y posesionado a nivel estatal, político, judicial, público, institucional, privado y particular.

2.2. Consumo problemático de alcohol.

Las bebidas alcohólicas, conforman el conjunto de drogas psicoactivas legales que se vienen utilizando a nivel mundial, dependiendo de la cultura de cada país; sin embargo actualmente el consumo ha llegado a ser un significativo problema tanto a nivel nacional como internacional, afectando indudablemente de manera holística lo relacionado a la salud de la persona consumista, al conglomerado familiar, social, y nacional con las debidas derivaciones y repercusiones que implica sus efectos en la percepción, pensamiento, comportamiento, y conducta.

En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los accidentes de tránsito son responsables por 1,2 millones de muertes y 50 millones de personas sufren serias lesiones cada año, en el mundo, siendo la novena causa de mortalidad en el ámbito mundial. Las proyecciones para el año 2020, apuntan que estos accidentes ocuparán el tercer lugar entre las causas de mortalidad. Cada 30 segundos muere una persona por esta causa y, esto seguirá en aumento si no se toman medidas de acción por lo que es necesario prevenirlos y actuar prontamente. En los países de América Latina y el Caribe mueren cada año más de 130.000 personas, más de 1.200.000 sufren heridas y cientos de miles quedan discapacitados a

consecuencia de las colisiones y atropellamientos en la vía pública por el consumo de alcohol. (Da Silva, 2010).

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud, (2015), afirma que se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito. (párr. 1, 5).

Como se puede notar en cuatro años se triplicó las muertes dadas por el consumo de alcohol, razón por la cual el argumento de que una droga psicoactiva sea legal, no quiere decir que no va a afectar a la persona ni va a desencadenar acciones violentas o desastrosas. El entendimiento básico de la responsabilidad esta en las personas, es importante aprender a entender qué representa la salud para cada individuo, y más aún que los actos no pongan en riesgo ni afecten a personas inocentes.

Así pues, con todas estas consecuencias desencadenadas por el uso y abuso de alcohol con las que lidia la sociedad, y países del mundo, que día a día se ve reflejado en tristes y lamentables acontecimientos, deja reflexiones tales como: tal vez el abordaje del tema no se le ha dado el giro necesario para considerarlo de manera holística, tomando en cuenta que es la vida de niños, jóvenes, adultos, y sociedad en general, que sin distinción de sexo, raza o religión está en juego, junto con todos sus distintivos de su realidad humana.

El ser humano con sus peculiaridades y particulares, psicológicas y características corporales, libres y con capacidad de razonar, tomar decisiones sobre los actos realizados, haciendo la diferencia entre unos y otros, tiene la ventaja de la capacidad de aprendizaje, palabra que la psicología conductista, la detalla como los cambios que pueden observarse en la conducta de un sujeto. Por lo tanto, a través de la instrucción y la memoria se construye un mundo interior (el yo – cognición: particularidades muy íntimas, internas, espirituales, genéticas)

y con todo este conjunto se evalúa la realidad externa, con razonamiento, toma de decisiones, y resolución de problemas.

Es esto lo que se entiende por flexibilidad, la capacidad para transformar, renovar, cambiar nuestro legado cognitivo dado desde edades tempranas.

Recopilando las ideas de cómo se puede establecer el aprendizaje se señala a la escuela constructivista radical, quien tiene como regentes evidentes a Heinz Von Foerster, y a Ernst von Glasersfeld; desde la cual se deriva las diferentes teorías tales como: el constructivismo cognitivo, con la teoría piagetiana, en la cual se cimienta la construcción del conocimiento como proceso individual interno, pudiendo ser guiado por interacción con otras personas, y con procesamiento de información por organización y significación. La teoría del constructivismo socio-cultural de Vygotsky, que formula que la persona construye significados actuando en un entorno estructurado, interactuando con otras personas intencionalmente. Y la teoría del constructivismo social encabezado por Luckman y Berger, en donde el conocimiento es un proceso de intercambio social, y la constitución de redes simbólicas, y su significado va más allá de la propia mente individual. Lo que todo esto circunda al aprendizaje metacognitivo como aprender a aprender, respaldado por las conexiones sinápticas que produce el cerebro aproximadamente un millón cada segundo, y proporciona la facilidad de borrar información y aprender una nueva; favorecida por esas conexiones naturales y básicas para el cambio, desarrollo y perfeccionamiento del pensamiento, lo que determinará la construcción del aprendizaje estratégico metacognitivo, favorecido a través de la experiencia. (Serrano y Pons, 2011. Párr. 1, 5, 6, 9, 10).

No se trata de ser abstemios, sino reaprender cómo y cuándo consumir sustancias psicoactivas legales, sin que este consumo genere cambios en el estado de ánimo y por ende se adopten ciertas conductas que son el producto responsable de accidentes de tránsito, alteración o empeoramiento de enfermedades existentes, creación de nuevas enfermedades, desarrollo de violencia intrafamiliar, y de esta manera quedar atrapados en este ignominioso vicio o enfermedad que no respeta género, edad, ni condición física.

Por lo tanto, Rojas (2011), cita la teoría de David Ausubel (1973), sobre el aprendizaje significativo, que considera: "Para que una reestructuración se produzca, se requiere de una instrucción formalmente establecida de modo organizado y preciso para que desequilibre las estructuras existentes" (párr.2), lo cual formula que se debe enseñar a los jóvenes a aprender a visualizar situaciones de peligro, vinculadas a sobredosis, autolesiones, a identificar el consumo de riesgo, controlar el desbordamiento de conductas sexuales, etc. Ya que una enseñanza

explícita, y demostrativa, como lo es, la propuesta por Ausubel, va a dar fortalecimiento a la autonomía, y autoestima ayudando a salvaguardar la salud mental, física, y espiritual en asonancia y equilibrio con el medio ambiente o hábitat de cada organismo.

2.3. Causas de consumo de drogas.

Tomando en cuenta, la sinapsis de las neuronas y la transmisión de información, durante la adolescencia, estas conexiones neuronales a través de la mielinización se vuelven más eficaces en comunicarse, lo que prepara a los adolescentes para que sus formas de accionar vayan adquiriendo madurez y consistencia, traten de controlar sus impulsos, y vayan obteniendo habilidades para la vida.

Sánchez y Román (2004), cita a Jones y Mishkin, (1972) y Rolls, (1986), argumentan que durante esta etapa (adolescencia), se produce el mejoramiento de las conexiones neuronales entre la amígdala (estructura responsable para la formación de asociaciones entre los estímulos y el refuerzo o el castigo, (p. 224).

Sánchez y Román (2004), cita a Damasio y Van Hoesen, (1984), Davidson, (1995), Borod, (1992), Damasio, (1998), Davidson e Irwin, (1999); Davidson, Jackson y Kalin, (2000); Phillips *et al.*, (2003); Sánchez-Navarro, Martínez-Selva y Román, (2004), en donde se relaciona a la corteza pre-frontal tanto con la experiencia como con la expresión emocional. (p. 227). Este mejoramiento en las conexiones entre ambas estructuras da como resultado la Madurez Emocional.

De manera que, estos cambios producidos en la etapa de la adolescencia necesarios para el evolución del cerebro no están del todo sincronizados porque el cerebro continúa su maduración durante toda la etapa de la adolescencia, lo que no permite la valoración real de las situaciones, la resolución de problemas acertados, y el impulso a las emociones y deseos, e igualmente el aumento de otras hormonas que influyen en el desarrollo puberal, como la testosterona, la dopamina, neurotransmisor, ligados a las necesidades, satisfacciones y deseos; y su exceso conllevará a involucrarse en hechos o acciones aventuradas, dando como resultado conductas indeseadas o nefastas que simplemente son formas de satisfacer impulsos sin tener un manejo sensato ni control sobre ellos.

Así que, es en esta etapa es donde los jóvenes necesitan mucha guía y dirección porque su

conducta puede tornarse peligrosa y los hace exponer a mayores riesgos ya que su cerebro está inmerso en un proceso de evolución y el consumo indebido de drogas pueden ocasionar cambios con profundas y durables consecuencias.

Cuando los científicos comenzaron a estudiar el comportamiento adictivo en la década de 1930, se pensó que las personas adictas a las drogas carecían de moral y de fuerza de voluntad. Estos puntos de vista lo trataron más como un fracaso moral que como un problema de salud, lo que llevó a poner énfasis en el castigo y no en la prevención y el tratamiento. Hoy en día, gracias a la ciencia, nuestros puntos de vista y respuestas ante las adicciones y otros trastornos causados por el consumo de sustancias han cambiado drásticamente. Los innovadores descubrimientos sobre el cerebro han revolucionado nuestra comprensión del consumo compulsivo de drogas. (National Institute on drug abuse, 2014).

Por consiguiente, todo esto nos da un conocimiento previo de que el problema de drogas es compulsivo y por lo tanto existen diversas causas adheridas al consumo de estupefacientes.

National Institution on Drug Abuse (2004), señala las diferentes causas para el consumo de drogas pudiéndolas enmarcar en tres principales factores: Individual, familiar y social.

Factores de tipo socio - cultural:

Falta de información acerca de los peligros del uso indebido de drogas.

Fácil acceso, a sustancias que producen dependencia.

Presión de los pares (pertenecer a un grupo).

Obtención de relaciones sociales, e identificación.

Factores de tipo familiar:

Ambiente desfavorable demasiado rígidos o permisivos.

Crisis familiares: pelea de cónyuges, hogares disfuncionales.

Falta de comunicación.

Conflictos familiares.

Desatención de los padres.

Hijos de padres fumadores, bebedores, o toxico dependientes.

Independencia de los padres.

Factores de tipo individual:

Satisfacer la curiosidad.

Tener experiencias nuevas, placenteras, emocionales o peligrosas.

Carencia de autoestima.

Problemas afectivos, aumento de seguridad.

Descontento con su calidad de vida, ausencia de proyecto de vida.

Escape de situaciones desagradables.

Desajuste emocional, intelectual, y social.

Escapar del dolor, la tensión o la frustración.

Expresar independencia, oposición, rebeldía, reducir inhibiciones personales. (párr. 1 – 30).

En consecuencia, cabe señalar, que los adolescentes respecto al problema del consumo de las drogas lo realizan desde diferentes enfoques lo que les hace más propensos para caer en una adicción. En donde participa a esa influencia el medio ambiente socio geo cultural, coligado al malestar interior, y a los niveles endocrinológicos; del adolescente, le induce compulsivamente a una evasión y solución pasajera de su vivencia, o a una aleación de imposición y compromiso dirigido por un patrón de conducta adaptativa. Por lo tanto, se hace evidente la prevención y orientación, así como también el fortalecimiento de las habilidades de flexibilidad psicológica para que se conviertan en resguardo y tengan afinidad a la toma de decisiones y adopción de conductas sociales responsables.

Una visión moderna del uso y consumo de drogas es aquella que parte de estudios diagnósticos para proveer mejores estrategias y orientaciones a las causales del consumo, entender el problema como multicausal y de manera integral.

Concebir que el consumo de drogas es un síntoma (expresión de una dolencia) y no una causa (motivo de la enfermedad); llevaría a actuar más rápidamente y dejar de lado solamente las buenas intenciones, que a más de las campañas de sensibilización se promuevan programas de acuerdo a las necesidades para la prevención asegurando la eficacia de las intervenciones basadas en experiencias y conocimiento.

2.4. Consecuencias del consumo de drogas.

Las consecuencias de una vida equivocada como el querer escapar o la adherencia a falsas expectativas por la imposibilidad de pensar y actuar con coherencia puede traer múltiples secuelas.

Las drogas brindan una falsa complacencia, desde que optamos por ellas para que sean nuestros alicientes y de una manera u otra calmen ese mal o insatisfacción interior que se siente y llenen hondos y oscuros vacíos que se albergan en lo profundo del interior de cada ser.

Entre las consecuencias del abuso de drogas podemos señalar:

- Trastornos fisiológicos: síndrome de abstinencia, convulsiones, cambios en el ritmo cardíaco, deterioro del sistema nervioso central.
- Trastornos psicológicos: alucinaciones, tendencias paranoicas, depresión, neurosis.
- Deterioro y debilitamiento de la voluntad: el drogadicto se vuelve esclavo de la droga, pudiendo llegar hacer lo que sea para conseguirla.
- Deterioro de las relaciones personales: el drogadicto no es capaz de mantener relaciones estables, con familiares o amigos. Muchas veces roba o engaña para poder conseguir droga, lo cual deteriora aún más sus relaciones.
- Baja del rendimiento en el trabajo o en el estudio. Se llega al grado de abandonar metas y planes, recurriendo a la droga como única "solución".
- Consecuencias sociales: el drogadicto puede verse involucrado en agresiones o conflictos. Bajo la influencia de la droga se pueden llegar a cometer crímenes como robos o asesinatos.

- Consecuencias económicas: El uso de drogas puede llegar a ser muy caro, llevando al drogadicto a destinar todos sus recursos para mantener el consumo.

Las drogas no solamente tienen consecuencias negativas para quienes las usan. También se ven afectadas las personas que rodean al drogadicto, especialmente las de su entorno más cercano, como familiares y amigos. No es sólo la vida del drogadicto la que está en juego. (Aciprensa, 2013).

De manera que, todos los efectos que producen las drogas causantes de dependencia, los hacen atractivos para algunos jóvenes que los experimentan; y todas esas sensaciones de bienestar, alivio al dolor, a la ansiedad, a la fatiga, sensación de relajación, estados eufóricos que se producen a corto plazo, llevan indudablemente a enfrentar calamidades, adversidades y a la aglomeración de problemas, afectando la salud mental, y reluciendo enfermedades, y trastornos psicológicos, como: depresión, psicosis, ansiedad, paranoia; ligados como es de conocimiento con estados de ánimo negativos, teniendo de compañeros a la irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, etc. Y problemas médicos asociados a enfermedades pulmonares, cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cancer, y trastornos mentales. (National Institute on drug abuse, 2013).

Socialmente, los adolescentes que abusan de las drogas a menudo se comportan mal, tienen un desempeño académico deficiente, abandonan la escuela, se exponen al riesgo de embarazos no planificados, violencia, enfermedades infecciosas. Los adultos que abusan de las drogas a menudo tienen problemas para pensar con claridad, recordar y prestar atención. A menudo desarrollan comportamientos sociales deficientes como resultado del abuso de las drogas, y se ve afectado su rendimiento en el trabajo y las relaciones personales. El abuso por parte de los padres a menudo implica hogares caóticos colmados de estrés, así como abuso infantil y negligencia. Estas condiciones dañan el bienestar y el desarrollo de los niños en el hogar y pueden sentar las bases para el abuso de drogas en la próxima generación. (National Institute of drug abuse, 2013).

Por lo tanto, el consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales producen deterioro en todos los campos integrales del ser humano, con las consabidas consecuencias y con grandes costos a nivel social y humano, por lo que es imperioso robustecer las acciones con estrategias de información y los diferentes niveles de prevención e intervención temprana y específica con el

propósito de evitar que el consumo de drogas afecte, incida, y se infiltre cada vez más en los estilos de vida de los adolescentes, siendo estos el centro de mayor vulnerabilidad de las poblaciones.

En consecuencia, robustecer el pensamiento crítico, aprender a manejar las emociones, lidiar con los agentes estresantes, aumentar la autoestima, la autenticidad, fortalecer la inflexibilidad psicológica, fortificar la debilidad del balance de fortalezas internas frente a los estímulos externos que atacados de forma oportuna van a limitar el riesgo y deterioro de la salud mental, que muchas veces va más allá de los límites emocionales, mentales, y físicos; y este fortalecimiento logra que la persona pueda experimentar equilibrio respecto a su medio ambiente, integrarse y participar de una vida familiar, social, sin mayores dificultades y sobre todo obteniendo su propio bienestar.

3. Adolescentes

3.1. Desarrollo biológico.

La OMS, define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 11 años y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana, 12 a 14 años, y la adolescencia tardía, 15 a los 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo, la condición de adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. (Vásquez, Nava, Del Valle, Ayala, 2006. párr.1).

La adolescencia, esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a groso modo en tres etapas: adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; adolescencia media, entre los 14 y 16 años de edad; y adolescencia tardía, entre los 17 y 21 años de edad. (American Academy of Pediatrics, 2015. párr. 1).

Como se puede apreciar la cronología exacta en las edades de la adolescencia tienen una mínima variación; lo importante es entender que durante esta etapa se produce una serie de cambios hormonales, físicos, y psicosociales (cognitivos, emocionales, psicológicos, sociales y de comportamiento); llamados cambios secundarios, ya que se produce la activación de ciertas hormonas femeninas (estrógenos: estradiol, estriol, estrona) y masculinas (andrógenos:

testosterona, androsterona, androstendiona) lo cual se verá reflejado en las variaciones de la morfología corporal tanto en mujeres como en hombres, como lo enuncia García (2013), “el crecimiento que implica una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo, y el crecimiento ponderal” (párr.16), lo cual se ve manifestado en el aumento de masa muscular, desarrollo pelviano-mamario en mujeres, ensanchamiento de hombros en varones, cambio en órganos internos, aparato respiratorio, etc., exteriorizados en indicadores visibles como cambios de voz, por el crecimiento de la laringe, piel grasa, acné por el aumento de activación en las glándulas sebáceas, crecimiento del vello facial, axilar, púbico, y corporal, aparición de los segundos molares, desarrollo de los órganos sexuales: primera menstruación/eyaculación; asociadas a reacciones psicológicas normales que van a favorecer la autoafirmación del adolescente, y los cambios propios de comportamiento para el fortalecimiento de identidad y autocontrol, los cuales brotan totalmente diferentes, y variados en intensidad para cada individuo.

Ugarte. (2008), cita a Hendry (1990), La transición de la adolescencia, no puede ser exitosa sin un número sustancial de ajustes, en lo psicológico como en lo social. que en su teoría Focal de la Adolescencia Coleman (1974), sugiere que la mayoría de adolescentes negocia este período de sus vidas, sin evidenciar estrés mayor porque los adolescentes enfocan, un sólo aspecto del desarrollo a la vez, para luego enfocar otro, pero necesitan un soporte para regular y controlar las tensiones que experimentan. (p. 135, 136.).

Por consiguiente éste periodo de evolución es una etapa de aprendizaje, formación y adaptación, al entrar en crisis el término de la niñez y el comienzo hacia una edad adulta, el adolescente se siente confundido y dividido su interior en dos universos totalmente diferentes, provocado por los diversos cambios físicos y el empuje interno hormonal que evoca el desarrollo de pensamientos más organizados y abstractos que indudablemente van a inducir a una maduración emocional y sexual, con un sentido examinador, valorativo, y razonado de la vida.

El aspecto físico en el adolescente, también se ve comprometido; evidentemente el desarrollo hormonal provoca cambios físicos notables, que no van a ser de la entera complacencia del adolescente; que indudablemente colaborarán al desenlace de decepciones, e insatisfacciones, por su cambio de apariencia, y el sentimiento de ser vistos de igual manera como ellos se ven ante los demás.

Evidentemente que todos estos cambios físicos están asociados a la genética, a la herencia legada por los padres, y a la participación en esta evolución de las diferentes hormonas, que paralelamente con el medio externo influenciado por el estilo de vida del niño-adolescente como la alimentación, salud, ambiente familiar, social, producirán los cambios biológicos obligatorios y por ende psicológicos para la transformación del niño-adolescente a persona madura y adulta.

3.2. Desarrollo social.

El desarrollo biológico, y psicológico de los adolescentes está influenciado de igual manera por los componentes familiares, escolares, y sociales, que despliegan situaciones significativas en la salud mental de los adolescentes. Es por esto que las relaciones sociales se atañen íntimamente con su desarrollo evolutivo para seguir completando el avance en la personalidad.

Como se vio anteriormente, existen genes con rasgos innatos heredados que dan la pauta para la formación del conjunto de habilidades necesarias y enfrentar situaciones placenteras o adversas, pero al mismo tiempo las influencias de los distintos ambientes van circunscribiendo características muy particulares en cada ser.

Todas estas individualizaciones adquiridas van a ser el patrón o modelo de formación para ir conceptualizando el yo.

Oliva y Parra, (2004), citan a Barnes y Olson, (1985); Steinberg, (1981), manifiestan que la comunicación entre padres e hijos/as suele deteriorarse en algún momento entre la infancia y la adolescencia, con algunos cambios claros en los patrones de relación: pasan menos tiempo juntos, las interrupciones de los padres son más frecuentes y la comunicación se hace más difícil (pág. 8).

Éstas situaciones, podrían explicarse a raíz de la ampliación de las relaciones sociales del adolescente, y por su mentalidad todavía ligada a la confusión y dificultad de lúcido entendimiento, por no dejar aún la etapa de la niñez e ingresar a la vida de adulto, motivo por el cual se hace difícil y tensionante esta etapa pudiendo dar como resultado en algunos casos el entorpecimiento de las relaciones con sus padres. Por consiguiente, los amigos se vuelven relevantes en la vida del adolescente, pues con ellos comparte experiencias, apoyo mutuo para ajustarse a tropiezos sociales propios de la adolescencia, sentimientos, desafíos, confianzas, que no se atreven a participarlo con sus padres, ratificando la causa del porqué de las

difíciles relaciones entre el grupo primario en esta etapa.

De modo que, el adolescente insatisfecho busca alternativas que logren compensar sus debilidades y carencias supuestamente afectadas y necesitadas de ser comprendidas, y quien mejor que alguien que está pasando por la misma situación como lo son sus compañeros de grupo, sus pares; pues de cierta manera ellos son como su carta de referencia y andan con el mismo interés de emprendimiento de búsqueda de autoestima, autonomía, y autenticidad.

Si durante los años de infancia el cariño y el apoyo de los padres y las madres eran fundamentales, a partir de la pubertad, especialmente durante la primera adolescencia, su importancia va a ser igual o superior” (pág. 13); así pues, a pesar de que los adolescentes demuestren expresiones contrarias a sus padres en esta etapa de su desarrollo como advierte la versión de los autores, según el grado de afectividad de buenas o malas relaciones entre progenitores e hijos podría ser reversible o no en el futuro; ya que como se sabe, éstas actitudes de rebelión son transitorias, solamente hasta que logren alcanzar su objetivo, su visualización a futuro, acoplamiento en cuanto a amistades, coordinación y disciplina en alcanzar su autonomía y madurez. Ya que por su intento de emancipación, y falta de claridad en el pensamiento, también demandan una contradicción: la necesidad de tener a sus padres cerca quienes le han brindado su amor y soporte hasta el momento de conflictos de pensamiento. Oliva y Parra, (2004).

Al estar el adolescente queriendo desentrañar su identificación, y autonomía manifiesta contradicciones problemáticas en su comportamiento, así como también discusiones queriéndose probar el mando que pueden tener sus palabras ante el dilema de la independencia de sus padres sin desabrigarse de sus atenciones, a lo cual, Oliva y Parra, (2004), citan a Lauren y Collin, (1994); Steinberg y Silk, (2002), dicen, “desafortunadamente, muchas de las discusiones suelen resolverse no mediante el acuerdo y el compromiso, sino por la sumisión de una de las partes, o por la evitación o el abandono de la discusión. (pág.11).

De todo lo argumentado anteriormente, se puede resumir en cuatro aspectos, según, Iglesias, (2013),

- 1.- La lucha dependencia-independencia: (12 a 14 años), menor interés por los padres, vacío emocional, humor variable. (15 a 17 años), más conflictos con los padres. (18 a 21 años), creciente integración, independencia, regreso a los padres.

2.- Preocupación por el aspecto corporal: (12 a 14 años), inseguridad respecto a la apariencia, interés por la sexualidad. (15 a 17 años), mayor preocupación por el cuerpo, preocupación por su apariencia externa. (18 a 21 años) desaparecen las preocupaciones, aceptación.

3.- Integración en el grupo de amigos: (12 a 14 años), Amistad, relaciones fuertemente emocionales, inicia contacto con el sexo opuesto. (15 a 17 años), intensa integración, valores, reglas, deportes, pandillas, moda de los amigos. (18 a 21 años), los valores de los amigos pierden importancia, relación con otra persona, mayor comprensión.

4.- Desarrollo de la propia identidad: (12 a 14 años), razonamiento abstracto, necesidad de mayor identidad, vocacionales irreales, dificultad en el control de los impulsos, pruebas de autoridad. (15 a 17 años), mayor empatía, aumento de capacidad intelectual y creatividad, vocación mas realista, comportamientos arraigados. (18 a 21 años), conciencia racional y realista, compromiso, objetivos, concreción de valores morales, religiosos, sexuales. (párr.17).

Por lo tanto, el compendio de la transformación del adolescente en adulto encierra múltiples elementos que como ser biopsicosociocultural tiene que desarrollar de acuerdo a sus características orgánicas, ambientales situadas dentro del marco sociogeocultural del individuo, con lo cual evoluciona para llegar hacer un adulto competitivo integrado a la sociedad, o por el contrario alguien que permanezca al margen de esta; que de acuerdo a a todas sus cogniciones, interrelaciones con los medios, y composición biológica va desarrollando y modificando la conducta para que de ese periodo de fantasía y de ensayo error se llegue a equilibrar y pretenda alcanzar la objetividad y un comportamiento enmarcado dentro de normas sociales y morales de la sociedad en que se vive.

3.3. Desarrollo psicológico.

Como todo el organismo del ser humano está íntimamente correlacionado, al existir cambios físicos y de índole social indudablemente existe el involucramiento psicológico.

Argumentando el pensamiento de, Monroy, (2014),

La madurez mental se alcanza al lograr la capacidad para el pensamiento abstracto; la madurez emocional se logra cuando se alcanzan metas como descubrir la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y establecer relaciones maduras de amistad y amor. En este sentido, algunas personas jamás abandonan la

adolescencia, sea cual sea su edad cronológica. (párr. 1);

para la dilucidación de ésta consideración del autor, a continuación se expone brevemente los razonamientos de algunas teorías que involucran el desarrollo del ser humano, el cual se refleja en su conducta. Al evocar el desarrollo cognitivo de Piaget en donde el pensamiento más elevado es el que se adquiere en la adolescencia, conociéndole como pensamiento formal, caracterizado por la capacidad de abstracción (amar la rebeldía, odiar las diferencias, por ejemplo), manipular hipótesis (adolescentes pueden operar varias posibilidades), capacidad para la enunciación de nuevas teorías (ejemplo, idealistas); siendo posible este tipo de pensamiento por ser una secuencia al pensamiento concreto, y al previo aprendizaje de estructuras cognitivas mentales (esquemas), mediante la asimilación de experiencias y acomodación de los hechos que se viven, los cuales podrían reubicarse mentalmente si el adolescente entra en apremio debido a situaciones de desarrollo biológico, y desarrollo social para la adquisición de nuevos constructos. Se continúa con Vygotsky, y su modelo de aprendizaje sociocultural, en donde el desarrollo y aprendizaje se relacionan mutuamente, para adquirir formas de socialización, ya que considera al ser humano más social que biológico; es decir, su modelo alude al lenguaje, cultura, interacción, el comportamiento de la persona; por su parte Gagné, con su modelo de procesamiento de información tomó como referencia al cognitivismo y conductismo como procesos de aprendizaje que rigen la conducta humana.

Fernández, (2004), cita a Bronfenbrenner, (1971), el cual en su modelo ecológico plasma y liga la conducta humana a los ambientes ecológicos y sus cuatro niveles: tales como, microsistemas (familia, escuela, amigos, pares), mesosistema (interacción entre microsistemas, padres-escuela), exosistema (no incluye a la persona en desarrollo, pero la interrelación del entorno si lo incluye. (Ej. amigos de los padres), macrosistema (cultura, sociedad), (p. 169); y Erikson, quien sintetizó la teoría del desarrollo psicosocial, en 8 etapas que sugieren los conflictos a que las personas se ven enfrentadas, durante toda su existencia terrenal, y son: Confianza vs desconfianza (nacimiento-1año), autonomía vs vergüenza (1-3 años), iniciativa vs culpa (3-7 años), laboriosidad vs inferioridad (6 años – pubertad. desarrollo de autoestima), identidad vs confusión (13- 20 años), intimidad vs aislamiento (20-25 años), generatividad vs estancamiento(25-60 años), integridad vs desesperación.

De acuerdo a todos estos autores el comportamiento humano, es un proceso donde interviene la persistencia y fijación de varios factores internos y externos en los cuales se ha basado el

estudio de la psicología del desarrollo, que han contribuido en la formación constante e interminable del individuo y su comportamiento en la sociedad.

Como se pudo apreciar, existen procesos propios, intrínsecos, tanto en el interior como en el exterior de todo individuo que sellan una realidad, de acuerdo a su contexto, a sus escenarios, a su intrinsidad, en donde indudablemente los cambios físicos y de índole social serán avalados a nivel psicológico obviamente por el hecho de su realidad holística, la cual define que a pesar de sus diferentes ecosistemas, su composición mental, física, y biológica y la tarea y aporte independiente de cada una de ellas, explican su funcionamiento en conjunto, de todo ese ser inseparable e indisoluble.

Dowshen, (2015), La glándula hipófisis ubicada en el cerebro tiene la función de: Producir y liberar sustancias denominadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a distintas partes del cuerpo. Estas hormonas actúan sobre los testículos de los varones y los ovarios de las mujeres para estimular la producción de hormonas sexuales masculina y femeninas responsables de la reproducción. (párr.2).

La preocupación por su aspecto físico, es de mucha importancia en la adolescencia; pues con todos los desarrollos hormonales que le acompañan, será visible características que para la mayoría no son de su agrado, tales como engrandecimiento de la nariz, acné en la cara, brote de espinillas, etc. que asociados al despertar del gusto por el sexo opuesto les hace sentir descontentos con su apariencia física; ya que en esos momentos es de suma importancia en cómo se ven ellos y como les ven los demás.

En el funcionamiento psicológico, y en resumen de acuerdo a lo expresado anteriormente y en su compendio se destaca que en la adolescencia el desarrollo intelectual, biológico y social, están íntimamente ligados a su identidad, a las diferentes culturas, situaciones socioeconómicas, recursos personales, sexualidad, desarrollo, genética, tendencias previas, entorno, relaciones de género, relaciones intergeneracionales, etc, que darán como resultado un comportamiento exclusivo, único, particular característico de cada quien como ser psicobiosociocultural, nacido, desarrollado, rodeado, e inmiscuido en hábitats agrupados por congéneres que batallan para la supervivencia de sus especies y el desarrollo de las mismas.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1. General.

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental, en 30 estudiantes de primero y segundo de bachillerato, del colegio diurno, mixto, y fiscal, de la zona 9, distrito 5 y circuito 2, del sector noroccidente - urbano, de la ciudad de Quito.

2.1.2. Específicos.

- * Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental.
- * Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias.

2.1.3. Preguntas de investigación.

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

2.2. Diseño de investigación

El presente estudio tuvo como objetivo indagar en las variables psicosociales asociadas a la salud mental que afectaban el estilo de vida de los estudiantes que oscilaban entre edades de 14 a 17 años, de primero y segundo de bachillerato, del colegio diurno, mixto, y fiscal, de la zona 9, distrito 5 y circuito 2 de la ciudad de Quito, año 2015.

En este estudio se hizo constar una importante exposición teórica de cada una de las variables que influyen en el cambio de conducta de los adolescentes; el cual estuvo soportado con una evaluación sin datos identificativos en lo que concierne a la Institución Educativa y a los alumnos participantes.

El proyecto de investigación fue de tipo descriptivo, porque identificó y analizó las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de estupefacientes, detallando datos estadísticos exactos que señalaron las actitudes, hábitos, y realidades de los encuestados.

Este instrumento, plasmado y recopilado en una “Encuesta”, que constó de 10 cuestionarios de preguntas estructuradas, y a partir de sus resultados se estableció conclusiones y recomendaciones, fue diseñado especialmente para este fin, y, de igual manera se pudo identificar las variables psicosociales más influyentes en el cambio de estilo de vida de los jóvenes, las variables predictores del consumo problemático de sustancias y aquellas que afectan a la salud mental.

El consumo de sustancias adictivas empequeñece las potencialidades afectando el incremento de todos los involucrados y constituye una molestia personal, familiar y social; por lo cual el Departamento de Psicología de la UTPL, incorpora a este estudio a sus estudiantes, y egresados de la titulación de Psicología.

2.3. Contexto

Como egresada de la titulación de Psicología, realicé la presente investigación en una Institución Educativa mixta de la sierra, con 30 jóvenes de primero y segundo de bachillerato asignada como: zona 9, distrito 5 y circuito 2, ubicada en el Noroccidente de la ciudad de Quito; que atiende a sectores populares especialmente de Atucucho, el Condado, San Carlos, La Roldós, y La Pulida.

El Colegio oferta educación básica de: octavo, noveno y décimo; y bachillerato general unificado, en: primero, segundo, y tercer año; con especializaciones de Físico- Matemático, Químico Biológicas, Ciencias Sociales y Contabilidad. Tiene aulas desde la A hasta la G, y cada una cuenta con entre 40 y 45 alumnos por aula. El total de estudiantes matriculados más o menos es de 1500 alumnos; y su horario de clases es en dos jornadas diurnas de 07h00 a 12h00 y de 12h30 a 17h30.

2.4. Población

La investigación realizada, fue en base a los objetivos del mismo, análisis y distribución del estrés percibido y variables psicosociales que modulan su impacto sobre la salud, basado en un

muestreo casual o accidental, y por conveniencia, no experimental.

Muestreo casual o accidental.- porque se dirigió a adolescentes, estudiantes de primero y segundo de bachillerato entre edades que oscilaban entre 14 y 17 años, de un colegio fiscal, mixto, de la sección diurna del sector norte - urbano de la ciudad de Quito; en un espacio concreto autorizado para el cumplimiento del estudio investigativo en la aplicación de los cuestionarios a manera de encuesta, realizado en el mes de Junio del 2015.

Y muestreo por conveniencia porque la investigación se la hizo en un colegio elegido por la proximidad geográfica entre en el lugar donde yo vivo y el sitio donde se aplicó la batería de preguntas en forma de cuestionario realizado en el mes de Junio del 2015.

2.5. Métodos técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1. Métodos.

2.5.1.1. Método descriptivo. Para la recolección de información se utilizó el Método de naturaleza descriptivo, que permitió explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental.

Por ser un instrumento ventajoso en sus respuestas que exponen la realidad de los participantes, estuvo plasmado en una batería de preguntas en forma de cuestionarios, con la utilización de variables psicosociales relacionadas con los hábitos de vida saludable, tales como: horas de estudio, horas de ocio, enfermedades desarrolladas, actividad física realizada, si el encuestado ha sido recetado medicamente, si su alimentación contiene frutas y verduras, edad, peso, talla, estado civil, estudiante a tiempo completo o no, quienes viven con el encuestado, zona donde vive, etc.

También estuvo presente una escala de preguntas relacionadas con el stress, un cuestionario de conducta de evasión y acción (inflexibilidad psicológica), un sondeo para la identificación de la existencia de desórdenes de alcohol, y otro para el consumo problemático de drogas.

Preguntas para la identificación de tipo de personalidad A.

Exploración acerca de depresión - ansiedad, y sobre el circulo de relaciones sociales deficientes o eficientes, de manera voluntaria o involuntaria (soledad).

Cuestionario de preguntas sobre la capacidad emocional que se tiene para sobrellevar o sobreponerse a circunstancias dolorosas o adversas. (Resiliencia).

Y la valoración personal sobre la percepción de satisfacción de vida individual.

La incidencia de estas psicovariables relacionadas con la salud mental y el consumo de drogas determinaron cierta manera de comportamiento.

Todo comportamiento por consumo de estupefacientes necesariamente va ligado a los efectos de éste que a corto o largo plazo se manifestará en el cerebro, en el cuerpo, y en la vida de la persona, dando como resultado un estilo de vida ajustado a una conducta.

2.5.1.2. Método estadístico. Para la clasificación y cómputo de los datos recolectados, se utilizó el Método Estadístico; ingresando los datos de los participantes quienes cumplieron con todos los requerimientos solicitados para la validez de la encuesta, a una matriz de tabulación, la cual permitió resultados precisos y rápidos en cuadros, tablas, gráficos que dieron la distribución solicitada por el grupo de investigadores sobre el estudio investigativo.

2.5.1.3. Diseño transversal. Cabe señalar que otro método de investigación fue el Diseño Transversal; ya que se tenía definida la población a quien iba orientada la encuesta, que la constituían adolescentes de ambos sexos, en edades comprendidas entre 14 y 17 años, de un colegio diurno, y fiscal, urbano. Asociado a ciertas variables previamente seleccionadas y en un sitio específico de tiempo que corresponde al año 2015.

2.5.2. Técnicas

La técnica seleccionada fue la encuesta, es decir, una batería de instrumentos psicológicos, en forma de cuestionarios, que bajo indagación directa, y sin ningún tipo de presión se recolectó información relacionada a la problemática del consumo de sustancias psicotrópicas y de estupefacientes, que se encasillaba en 10 partes estratégicas, y el involucramiento de diferentes variables a medir la influencia de éstas, respecto al comportamiento y estilo de vida en los adolescentes. Las preguntas realizadas fueron basadas en experiencias y actitudes de los encuestados con el objetivo de comprender y analizar todos los aspectos implícitos en el uso de sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Las mismas que se detallan a continuación, y fueron utilizadas para la evaluación, según el estudio, realizado por Andrade, Cuenca y León,

(2015), quienes citan a los diferentes y respectivos autores en cada uno de los cuestionarios experimentados; quedando preparados de la siguiente manera:

1.- El primer cuestionario consta de 20 preguntas que evalúo a 10 de ellas en datos sociodemográficos con escala y mediadas por: (sexo, edad, peso, altura, nivel de estudios, tipo de establecimiento, estado civil, ocupación principal, zona donde vive, lugar de residencia) y a las otras 10 en (hábitos de vida saludable: cómo considera su salud, le han recetado algún medicamento, en un día normal cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias, generalmente se siente cansado al despertarse, entre otras). Descripción: Evalúo variables psicosociales y de salud.

2.- Un segundo cuestionario de 14 preguntas relacionadas con la percepción del estrés actual, con escala y mediadas por: (Perceived Stress Scale PSS-14) (Cohen et al.1983). Descripción: Ayudó a calcular la fortaleza y potenciales reacciones del sujeto frente a dificultades precisas, lo que brindó una apreciación de cómo se estaban sintiendo en esos momentos. (p. 18, 19).

3.- Cuestionario de 20 preguntas con variables que evaluaron la sensación subjetiva de soledad, sobre la percepción de apoyo social.- con escala y mediadas por: (UCLA Loneliness Scale Revised-Short) (Hugehes, et al, 2004). Descripción: Evalúo la sensación subjetiva de soledad, con puntuaciones que permitieron percibir las relaciones importantes deseadas versus las reales, y el sentimiento de apoyo emocional. (p. 21, 22).

4.- Cuestionario de 10 preguntas, con variables que identificaron un patrón de conducta tipo A, con escala y mediadas por: (Type A behavior scale). Descripción: Estimó como el apremio del tiempo y el trabajo afectaron a las personas, la hostilidad, impaciencia, la competitividad, la tenacidad, necesidad por control, en el comportamiento característico de este tipo de personalidad, considerada como factor de riesgo para la salud, como trastornos cardiovasculares y muerte prematura. (p. 20, 21).

5.- Cuestionario de 7 preguntas de flexibilidad/inflexibilidad psicológica.- con escala y mediadas por: (Avoidance and Action Questionnaire AAQ-7) (Bond, et al, 2011). Descripción: Evalúo la capacidad de los sujetos para hacer frente a las adversidades cotidianas con evitación experiencial o, por el contrario con flexibilidad psicológica, ambas variables involucradas en trastornos psicológicos y calidad de vida. (p. 19, 20).

6.- Cuestionario de 6 preguntas que evaluaron la capacidad de las personas para adaptarse al estrés (resiliencia), con escala y mediadas por: (Brief Resilience Scale BRS) (Smith, et al, 2.003). Descripción: Evalúo la capacidad de recuperación frente al estrés, proporcionando información sobre como las personas se adaptan al estrés ante situaciones adversas. (p. 23).

7.- Cuestionario de 10 preguntas sobre consumo problemático de alcohol.- con escala y mediadas por: (Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT-C) (Kriston, et al, 2008). Descripción: Es un instrumento de evaluación que intentó identificar consumos considerados como prudentes de riesgo, o perjudiciales a esta sustancia. (p. 24, 25).

8.- Cuestionario de 11 preguntas sobre consumo problemático de otras drogas, como crack, inhalantes, tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos, etc.- Con escala y mediadas por: (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening; Test ASSIST) (OMS 2010). Descripción: Prueba desarrollada por la OMS, para la identificación temprana de uso y consumo de las diferentes sustancias en los últimos tres meses. (p. 25, 26).

9.- Cuestionario de 9 preguntas de ansiedad y depresión.- Con escala y mediadas por: (Patient Health Questionnaire of depression and Anxiety PHQ-9, (Schneider, et al. 2010). Descripción: Realizó una evaluación general de la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV), y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas dos semanas. (p. 26, 27).

10.- Calificación sobre 10 puntos la satisfacción vital.- con escala y medidas por: (Life Satisfaction Question LSQ) (Helliwell, et al 2012).

Descripción: Con puntuación del uno al diez se puede señalar la percepción de satisfacción de vida de los sujetos. (p. 27, 28).

2.5.3. Procedimiento

2.5.3.1. Capacitación presencial.

Para la realización de esta investigación, sobre las variables psicosociales asociadas a la salud mental y por efecto ligadas al comportamiento de los adolescentes, a los egresados para la Titulación de Psicología, que cumplieron con las disposiciones administrativas de la universidad,

y obviamente la terminación de todos los ciclos hasta el décimo, se les brindó un seminario de fin de carrera, en donde se proporcionó por parte de profesionales idóneos capacitación científica y formativa sobre temas específicos relacionados con esta investigación, tales como: Las variables asociadas a la salud mental, dirigido por el médico psiquiatra psicólogo Diego Mera, y el fenómeno de las drogas, enfoques y modelos presidido por el doctor Patricio Zapata; éstas conferencias y a su vez talleres a más de brindar conocimientos profundos permitieron intercambio de experiencias vividas por parte de los compañeros en pasantías a nivel empresarial, educativo, y clínico, y el poder conocer la diversidad de las diferentes ciudades del Ecuador, ya que los participantes provenían de diferentes regiones del país.

Al tercer día del seminario, se ofreció asesoría para el desarrollo de trabajo de fin de titulación, la cual fue conducida por el equipo planificador del programa nacional de investigación; con el objetivo de orientar y guiar el proceso investigativo que culmina con la presentación de este trabajo investigativo, como requisito para obtener el título profesional en psicología.

Este Seminario previo a la inscripción del Programa Nacional de Investigación tuvo lugar en la Sede Central de la Universidad de Loja durante los días 11, 12, y 13 de abril del 2015.

2.5.3.2. Revisión de las variables a ser investigadas.

Para el desarrollo del tema y la elaboración de la matriz para tabulación de datos el equipo planificador del programa nacional de investigación de Universidad Técnica Particular de Loja en la sede Loja, realizó un estudio exhaustivo de las variables a ser investigadas, y su influencia para determinar los diversos comportamientos y estilos de vida en los adolescentes, población estudiada, y detectar sus fortalezas y debilidades.

Lo cual ya se nos dio a conocer en el seminario presencial realizado en Loja durante tres días en el mes de abril 2015; inclusive se presentó a los seminaristas el proyecto de la encuesta y se pidió que si había sugerencias se las hiciéramos conocer; en lo cual se acotó que había unas cuantas preguntas que no estaban totalmente claras en su planteamiento.

De acuerdo a la identificación de variables psicológicas y escalas psicométricas de medida quedaron constituidas así:

- 1.- Variables sociodemográficas con escala y mediadas por: (sexo, edad, lugar de residencia, hábitos de vida saludable).
- 2.- Estrés.
- 3.- Apoyo social.
- 4.- Personalidad tipo A.
- 5.- Inflexibilidad psicológica.
- 6.- Resiliencia.
- 7.- Consumo problemático de alcohol.
- 8.- Consumo problemático de otras drogas.
- 9.- Ansiedad y Depresión.
- 10.- Satisfacción vital.

De igual manera se tuvo una asesoría presencial en el centro de la universidad de Quito, realizada por la Mgs. Livia Andrade, directora del proyecto de investigación y la Economista Cristina Ontaneda, asesora y creadora de la matriz de tabulación para el ingreso de datos, en donde participamos todos los egresados con aspiración a recibir el título en Psicología.

Una vez dadas las pautas por parte de los dirigentes del programa investigativo del departamento de psicología a los egresados y con la matriz de tabulación correctamente configurada se empezó el trabajo en campo.

2.5.3.3. Proceso de acercamiento a los centros educativos.

Se seleccionó la población y muestra, mediante el muestreo casual accidental, no experimental, de acuerdo a la situación geo demográfica, es decir los estudiantes adolescentes seleccionados para la investigación, pertenecían al sector donde vivo; y es allí donde hice el acercamiento hacia los directivos del plantel.

Se procedió a buscar un colegio que cumpliera con todos los requerimientos de inclusión solicitados, tales como: ser diurno, urbano, mixto, fiscal, con alumnos integrantes entre 14 y 17 años de primero y segundo curso de bachillerato, el cual localicé a unos 10 minutos de mi residencia. Una vez ubicada la institución se procedió a explicar al Señor Rector, el objetivo de la investigación, la entrega de la carta de presentación (anexo 1), con el tema a desarrollar, documentos entregados por parte de la Universidad Técnica Particular de Loja del

departamento de Psicología, con la finalidad de que sea aceptado el pedido de realizar la encuesta en la Institución. Firmado el consentimiento para mi ingreso (anexo 2); se me otorgó una cita para el siguiente día con personeros de Talento Humano, y Coordinadores del Colegio, con quienes coordiné, hora, y día para la aplicación y realización del trabajo (anexo 3 y anexo 4).

2.5.4. Recursos (proceso de aplicación de la batería de test)

En este trabajo investigativo se utilizó un instrumento que cumplió con los requisitos de ser lo suficientemente perceptivo y específico, como fue un test de preguntas, para realizar las mediciones y el diagnóstico de las diferentes variables asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias adictivas.

Con una explicación concisa y sencilla de lo que es la salud mental y cómo ésta puede afectar el estilo de vida en las personas, y al comportamiento se logra la aceptación de todos los alumnos presentes para la participación en la encuesta solicitada.

En la aplicación de los cuestionarios ya preestablecidos y estructurados, realizados por el Equipo de investigadores del Programa de Investigación, del Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, se evidenció una redacción de preguntas ordenadas, comprensibles y particularizadas cumpliendo con los parámetros y valores predictivos que proporcionaron validez, fiabilidad, y resultados medibles de los diferentes aspectos seleccionados en base a criterios de inclusión y exclusión de los encuestados, quienes permanecieron en el anonimato, aunque pudieron ser identificados.

La participación voluntaria de la muestra seleccionada, la relación cooperativa que se dio entre, las autoridades del colegio, los investigados y el investigador, a más de la calidez del ambiente tan particular de los encuestados, como fueron las aulas de sus respectivos cursos, con la compañía de sus profesores, crearon el escenario apto y preciso para que los encuestados se sintieran a complacencia, y sin imposición, de participar en la encuesta solicitada. La cual dio los resultados que hicieron posible la medición de las diversas variables, y servirán para estudios investigativos longitudinales a posterior.

Con una muestra de 30 alumnos: 16 de primero, y 14 de segundo, los cuales llenaron los requerimientos necesarios para la participación en el programa nacional, y con el

asesoramiento por parte del equipo de investigadores del programa de investigación, se emprendió la introducción de datos a la matriz de tabulación.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados Obtenidos

Análisis e interpretación de las variables sociodemográficas.

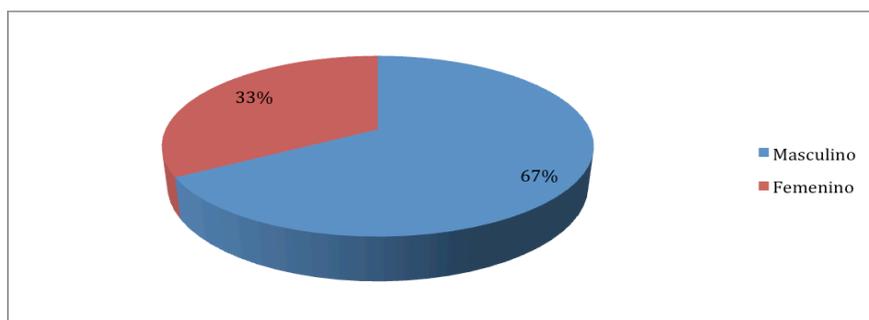


Figura 1. Sexo

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Respecto a la figura 1, podemos verificar que de la población investigada, el 67% perteneció al género masculino y el 33% correspondió al género femenino. Resultados que afirmaron que hay prevalencia de estudiantes masculinos participantes en la encuesta pertenecientes al colegio de la zona 9, distrito 5, circuito 2, de la ciudad de Quito.

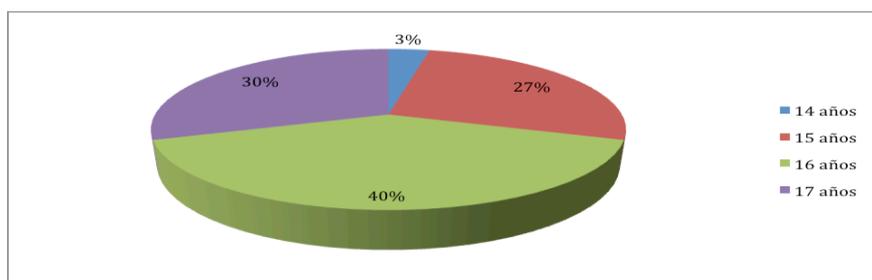


Figura 2. Edad

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En cuanto a la variable edad el 40% de la muestra poseían dieciséis años, siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 30% correspondió a alumnos de 17 años, el 27% tuvo 15 años, y el 3% restante 14 años (ver figura 2). Resultados que afirmaron que el predominio de edad para primero y segundo de bachillerato es 16 años; y dichos porcentajes

presentaron las características mencionadas en el marco conceptual, como requerimiento para la inserción.

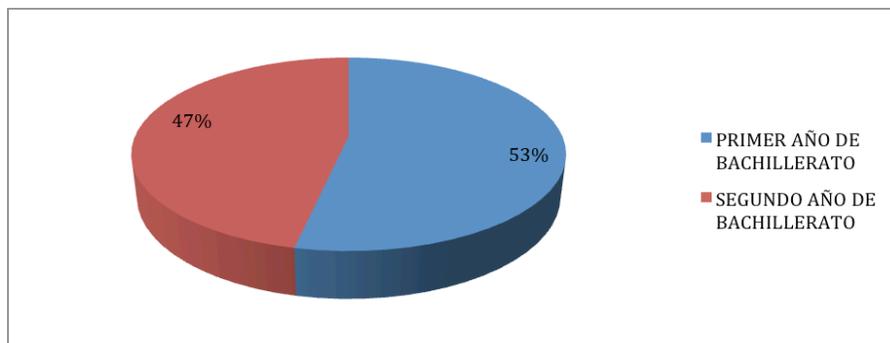


Figura 3. Año de bachillerato.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El total de la muestra (n=30), apreció que un 53% pertenecía a los alumnos de primero de Bachillerato, mientras que el 47% a los de segundo de bachillerato, (ver figura 3). Resultados que demostraron que entre más temprano se concientice a los jóvenes, mayor puede ser su persuasión

3.1.1. Análisis de resultados generales.

En este apartado se realiza el análisis de los resultados generales, del sexo femenino y del sexo masculino, obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados, se considera una puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio, el análisis dependerá de la variable para definirla como protectora o de riesgo.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

• 0 – 4 = Bajo riesgo.

□ 5 = Medio.

□ 6 – 10 = Alto riesgo.

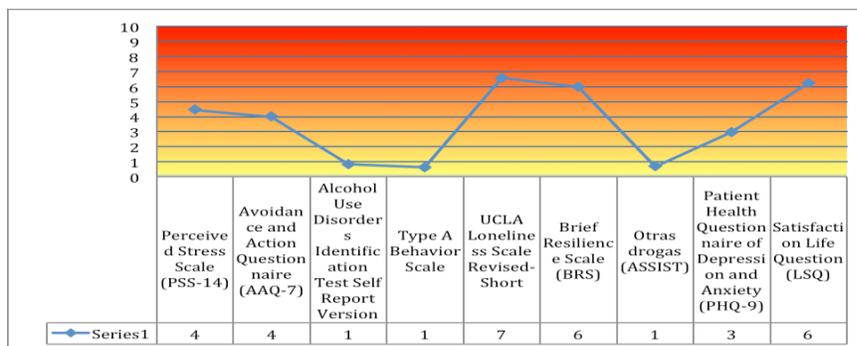


Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar en la figura 4, en la primera variable, que pertenece al estrés, se puede verificar que se ubica en 4 puntos, lo que indica que es considerada como variable de bajo riesgo.

Tabla 1. Frecuencia (PSS-14)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 1, se aprecia en el reactivo 13, que en la población investigada, presenta mayor frecuencia con 15 individuos, los mismos que en el mismo mes han pensado que “de vez en cuando”, han podido encontrar la forma de invertir su tiempo. El ítem 4 con puntuación de 14 dice: “Con que frecuencia a manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de su

vida”, y la respuesta ha sido “de vez en cuando” con una frecuencia de 13 individuos. En el ítem 7, con una frecuencia de 14, en el mismo mes los investigados han sentido que “en las cosas les va bien” “a menudo”. Y si analizamos el ítem 11: “Con que frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control”, respondiendo 13 estudiantes de “vez en cuando”. En base a sus respuestas se aprecia que existen términos medios, lo que confirma su ubicación en 4.

Analizando, la variable inflexibilidad psicológica, se verifica que la población investigada cuenta con una puntuación de 4, lo cual está por debajo de la media, por ende se define como variable protectora. Analizando el reactivo 1.- ¿Mis experiencias y recuerdos hacen que me sea difícil vivir la vida que quería?, arrojando una frecuencia de 12; En el reactivo 3.- ¿Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos?, con una frecuencia igualmente de 12 y en el reactivo 5.- ¿Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida?, con una frecuencia de 11, y en los tres ítems respondieron “Muy raramente”

Tabla 2. Frecuencia (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	19	8	2	1
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	14	10	2
3	10	14	3	3
4	3	12	9	6
5	8	6	8	8
6	6	11	9	4
Reactivo	Si		No	
7	20		10	
8	23		7	
9	17		13	
10	23		7	

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con las frecuencias presentadas en la tabla 2 en referencia al tipo de personalidad “A” para el (reactivo 8), “alguna vez su trabajo, estudio le ha llevado al límite del agotamiento” a lo que 23 individuos respondieron que si; siendo la categoría más significativa en esta tabla. Con una frecuencia de 20 individuos se presenta el reactivo 7, “alguna vez ha llevado trabajo a su casa y sigue pensando en ello fuera del horario escolar”, a lo que respondieron afirmativamente;; lo

que demuestra que no les corresponde un tipo de personalidad “A”, Analizando el (reactivo 3) “soy muy exigente y competitivo”, 10 respondieron a “menudo”, pero 20 de ellos están entre: “de vez en cuando”, “casi nunca” y “nunca”. Lo que confirma el tipo de personalidad “A”. De igual manera el reactivo 4 “soy autoritario y dominante” solamente 3 respondieron “a menudo”. A pesar de que son competitivos, con deseo de sobresalir, y se sientan “molestos al esperar”, no predomina en ellos la personalidad tipo “A”, porque la mayor parte de las características no se encuentra en la generalidad. Al interpretar los resultados de la variable personalidad, se observa que mantiene una puntuación de 1, lo cual señala a Type A (Behavior Scale), como una variable protectora, o de bajo riesgo.

Tabla 3. Frecuencia. (UCLA)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar, en la tabla 3, en los ítems: 1.- ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?, en ítem 6.- ¿Con qué frecuencia sientes que tienes algo en común con la gente que te rodea?, en el ítem 10.- ¿Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas? en el ítem 15.- ¿Con qué frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando deseas? Y en el ítem 17.- ¿Con qué frecuencia te sientes tímido? Dando como respuesta en todos los ítems “a veces”. Lo que determinó una puntuación de 7, en la variable de

soledad (UCLA), la misma que se encuentra por arriba de la media, lo cual permite apreciar que la población investigada presenta altos niveles de soledad y a la vez demuestra que es considerada como una variable de riesgo.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), cuenta con una puntuación de 1, puntaje que predice que existe consumo de bajo riesgo de bebidas alcohólicas.

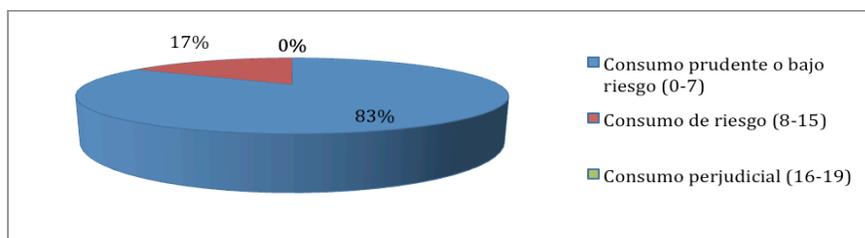


Figura 5. Figura de los test AUDITT

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a los datos obtenidos en la figura 5, se puede afirmar que el mayor porcentaje corresponde a consumo prudente o bajo riesgo con el 83%, y el 17% a consumo de riesgo.

Tabla 4. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	3	1	9	10	6
2	4	6	11	7	2
3	4	8	11	5	2
4	3	6	12	7	2
5	1	8	14	5	1
6	4	4	11	6	5

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar en la tabla 4, la frecuencia de 14 individuos, en el reactivo 5 “normalmente paso momentos difíciles sin gran problema” y el (reactivo 4): “es difícil recuperarse cuando algo malo sucede”, con frecuencia de 12, y sus respuestas pertenecientes fueron a la categoría neutral. Si se analiza el (reactivo 1): “tiendo a recuperarme rápido después de momentos difíciles”, 9 respondieron “neutral”, 10 “de acuerdo” y 6 “muy de acuerdo”, en consecuencia a sus respuestas corresponde la puntuación de 6, atribuida en la figura 4; ya que la población investigada obtiene un puntaje elevado respecto a la media, en el

(Brief Resilience Scale), de esta forma se afirma que pueden superar positivamente los problemas a los que se están viendo avocados, al ser considerada como una variable protectora.

Para el caso de la variable consumo de otras drogas (ASSIT) puntúa con 1, lo cual es bajo respecto a la puntuación máxima de 10 puntos, pero es importante analizar el tipo de drogas que se consumen, se puede afirmar que en la población investigada hay consumo diario o casi a diario, mensual, semanal; y como dato notable todos los tipos de sustancias adictivas mencionados en la batería de preguntas han sido experimentados por la población investigada.

Tabla 5. Porcentajes obtenidos. Test ASSIT

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	83.3	6.7	3.3	3.3	3.3
2	83.3	13.3	3.3	0.0	0.0
3	63.3	30.0	3.3	3.3	0.0
4	86.7	6.7	0.0	3.3	3.3
5	83.3	10.0	6.7	0.0	0.0
6	86.7	10.0	0.0	0.0	3.3
7	93.3	3.3	0.0	0.0	3.3
8	90.0	10.0	0.0	0.0	0.0
9	86.7	6.7	3.3	0.0	3.3
10	86.7	13.3	0.0	0.0	0.0
11	86.7	3.3	3.3	3.3	3.3

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se observa (tabla No.5), que hay consumo diario o casi a diario en un 3,3, de: * otras sustancias psicoactivas (ítem 11). *alucinógenos (LSD, ácidos hongos, ketamina) (ítem 9). *inhalantes: (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) (ítem 7). *anfetaminas (speed, éxtasis, etc.) (ítem 6). *cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís) (ítem 4), y *drogas en general (ítem 1). También existe consumo semanal de alcohol (ítem 3), cannabis (ítem 4), drogas y sustancias psioactivas (ítem 1 y 11). Un 30 % de la muestra, consumió alcohol una o dos veces, un 3.3% lo hace semanal y mensualmente. “Toda la variedad de sustancias psicoactivas han sido experimentadas”.

De acuerdo a la figura 4 se observa que la variable depresión posee una puntuación de 3, siendo una variable protectora, al ubicarse por debajo de la media.

Finalmente se tiene la variable (Satisfaction on Life), con una puntuación de 6 ubicándose sobre la media, esta puntuación define que la población investigada considera tener una buena satisfacción de vida al ser una variable protectora.

Tabla 6. Frecuencia (LSQ)

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

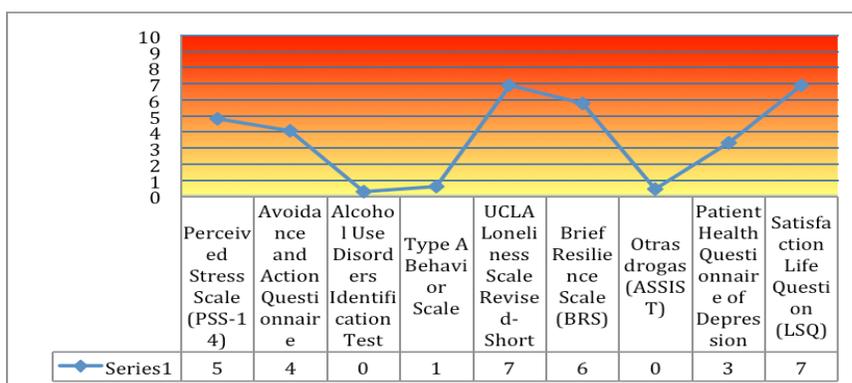
Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con una frecuencia de 7 individuos en la tabla 6, la población investigada respondió tener una satisfacción de vida con una puntuación de 10, y con una frecuencia de 6 se ubicaron de manera neutral.

3.1.2. Análisis de resultados respecto al género femenino

Figura 6. Test con resultados estandarizados género femenino



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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Respecto a los resultados obtenidos en la figura 6, se puede evidenciar que la población investigada referente al género femenino en la variable estrés, puntúa con 5 en la escala de 0 a 10, determinante de una variable de término medio.

Tabla 7. Frecuencia (PSS-14)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Así, como se puede evidenciar en la tabla 7, se presenta una frecuencia de 6 en el (reactivo 10), “con que frecuencia ha sentido que tiene todo bajo control.”, respondiendo los investigados “a menudo”.

En el (reactivo 4): “con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de su vida” a lo que respondieron de “vez en cuando”, 5 individuos. y con la misma frecuencia de 5 en el (reactivo 6): ¿poseen seguridad para manejar problemas personales?, con respuesta de “muy a menudo”. (reactivo 10): ¿con qué frecuencia ha sentido que tiene todo bajo control?, con una frecuencia de 10 y respuesta “a menudo”, todo esto conlleva a que la variable sea ubicada en ufdn nivel medio, (protección-riesgo).

Para el caso de la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se puntúa en 4, por ende es considerada como variable protectora. Con su argumentación en las respuestas dadas: Reactivo 1: ¿Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quería? El reactivo 3: ¿Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos? Arrojando un puntaje de 4 en ambas respuestas. En el reactivo 7: ¿Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir? Con una frecuencia de 5, y la respuesta en los tres ítems de “Muy raramente es verdad”.

De acuerdo a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), la población investigada de género femenino puntúa con 0 en la figura 6, siendo una puntuación baja dentro de la escala de 0 a 10, con lo cual se estima como una variable de bajo riesgo.

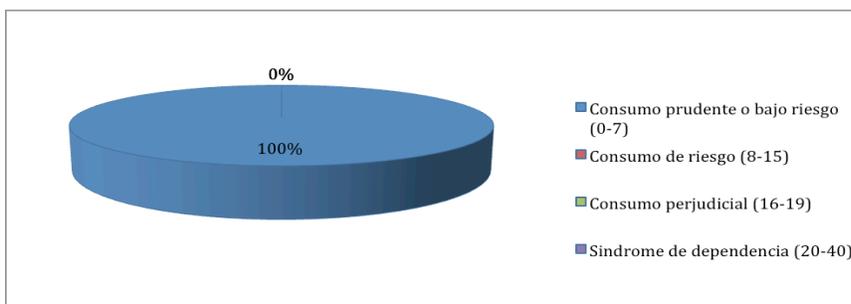


Figura 7. Figura de los test AUDIT.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El análisis en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, como se puede apreciar en la figura 7 la población femenina objeto de investigación presentan 0%, síndrome de consumo de bajo riesgo.

Del total de población investigada del género femenino, para la variable de personalidad (Type A) puntúa con 1, variable considerada de bajo riesgo; es decir protectora.

Tabla 8. Frecuencia (TYPE A)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se aprecia en la tabla 8 las frecuencias más representativas respecto al deseo de sobresalir y ser la mejor en la mayor parte de cosas se presenta con una frecuencia de 5 (ítem 1). El reactivo 6 a menudo se siente muy presionado por el tiempo 5 respondieron “casi nunca”. Han respondido afirmativamente con una frecuencia de 8 a los reactivos 7 – 8 y 10; “alguna vez se llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario escolar”, “alguna vez se siente incomodo, inseguro o insatisfecho en su rendimiento académico”, “se siente molesto al esperar”, respectivamente. Se puede observar que una personalidad tipo “A” debe abarcar y cumplir ciertos requisitos, en este caso en particular no se engloban todas las particularidades de la personalidad tipo “A”; es por esta razón que las chicas tienen esta variable como protectora.

Tabla 9. Frecuencia. (UCLA)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El análisis de la soledad en el sexo femenino, se puede apreciar en la tabla 9, que las respuestas con más frecuencia son: Ítem 4.- ¿Con qué frecuencia te sientes solo?, el reactivo 6.- ¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?, en el ítem 15.- ¿Con qué frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas? Y el reactivo 17.- ¿Con qué frecuencia te sientes tímido? Con respuestas en todos sus ítems “A

veces”. De acuerdo a estas respuestas para la variable (UCLA), (variable de soledad), se obtuvo una puntuación de 7, puntaje alto, pues sobrepasa la media, y considerado por lo tanto como variable de riesgo.

De acuerdo a lo observado en la figura 6 respecto a la variable resiliencia (Brief Resilience Scale) puntúa con 6 en la escala de 10, lo cual se atribuye que afrontan los problemas de forma positiva, siendo considerada como variable protectora.

Tabla 10. Frecuencia (BRS)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Esto se corrobora con los resultados obtenidos en la tabla 10, al concentrar la mayor frecuencia de 5 que se sitúa en el (reactivo 3) “no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante”; y su respuesta fue en desacuerdo. De igual manera fue la misma respuesta en el (reactivo 2) “lo paso mal superando situaciones estresantes”; y en el (reactivo 5) “normalmente paso momentos difíciles sin gran problema” a la que contestaron neutral.

Para el análisis de (ASSIT) en la figura 6, se observa una puntuación de 0, pero al analizar el consumo de manera individual, se puede verificar que una o dos veces ha existido consumo en el sexo femenino, en los siguientes ítems: 2: (tabaco, cigarrillos, puros etc). En el ítem 3: (cerveza, vinos, licores, cocteles, etc). En el ítem 4: (cannabis, marihuana, hachis, etc). En el ítem 5 (cocaína, crack, etc.). En el ítem 6: (anfetaminas: éxtasis, etc.). En el ítem 8: (sedantes, o pastillas para dormir). En el ítem 10: (opiáceos: heroína, morfina, metadona). Ha existido un consumo semanal en el ítem 11: (sustancias psicoactivas). Y un consumo diario o casi a diario en los ítems 7: (Inhalantes: pegamento, gasolina, solvente para pintura). y en el 9: (alucinógenos: LSD, hongos, ácidos, ketamina); es decir, toda la variedad de sustancias adictivas referidas en la encuesta han sido experimentadas por el 10% del sexo femenino.

Tabla 11. Frecuencia (ASSIST)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Analizando la ansiedad y depresión se ubica en una puntuación de 3, el que es considerado como bajo riesgo o variable protectora.

Finalmente se tiene la puntuación respecto a la variable satisfacción de vida (LSQ) correspondiente a la población femenina investigada, la misma que se ubica con una puntuación de 7, lo cual indica que se encuentran con un nivel considerablemente bueno y se define a la vez como variable protectora.

Tabla 12. Frecuencia (LSQ)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La (LSQ), con respecto a LA tabla 12, se observa que la mayor frecuencia se sitúa en la categoría 5 "neutral", con una frecuencia de 4.

3.1.3. Análisis de resultados respecto al género masculino

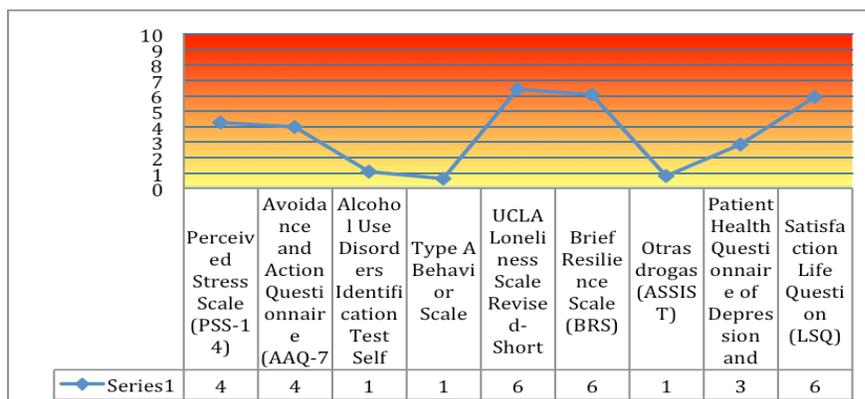


Figura 8. Test con resultados estandarizados género masculino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con los resultados obtenidos en la figura 8, respecto a la variable estrés (PSS-14) su puntuación es de 4 lo cual afirma que la variable no es considerada de riesgo.

Tabla 13. Frecuencia (PSS-14)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 13, se aprecia que la población investigada presenta mayor frecuencia con 11 individuos, en el (reactivo10), los mismos que en el último mes han sentido que tienen

todo bajo control “de vez en cuando”, pero han pensado “a menudo” sobre las cosas que les va bien (reactivo 7) en una frecuencia de 10, “controla las dificultades de su vida” (reactivo 9) “a menudo” con una frecuencia de 9, y “piensan sobre las cosas que les queda por hacer” (reactivo 12), “a menudo”, 9 investigados.

En cuanto a la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se ubica con una puntuación de 4, ubicándose por debajo de la media considerándose como un variable protectora. Considerando las mayores frecuencias tenemos: Reactivo 1: ¿Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quería? El reactivo 3: ¿Me preocupa no ser capaz de no controlar mis preocupaciones y sentimientos? Con una frecuencia de 8. En el reactivo 5: ¿Mis emociones interfieren en como me gustaría que fuera mi vida? Con una frecuencia de 8, y la respuesta en los tres ítems de “Muy raramente es verdad”.

Tabla 14. Frecuencia. (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	6	8	0	3	0	2	1
2	5	5	3	5	1	0	1
3	4	8	0	4	3	0	1
4	6	7	1	2	1	0	2
5	3	8	3	4	0	1	1
6	5	7	2	2	0	2	2
7	5	6	3	3	1	0	2

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Respecto a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), en el sexo masculino, de acuerdo a la puntuación observada en la figura 8 es de 1 punto.

Para confirmar el análisis de la puntuación obtenida, podemos apreciar en la figura 9 la misma que presenta un porcentaje del 25% en síndrome de consumo de riesgo y el 75% con el consumo prudente o de bajo riesgo.

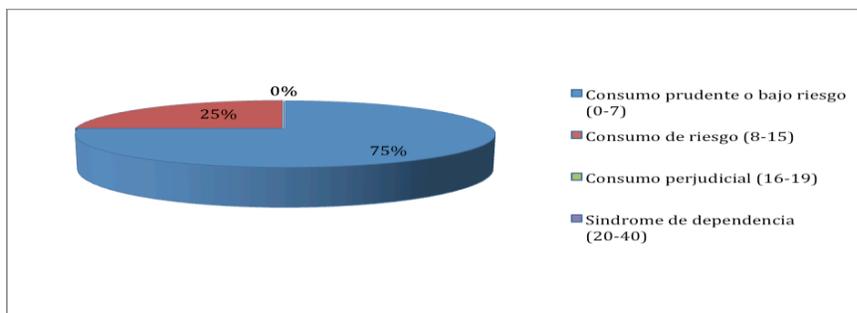


Figura 9. Figura de los test AUDIT.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En cuanto al análisis de la variable personalidad (Type A) en la figura 8 se observa una puntuación de 1, lo que considera a esta variable como protectora. Se verifica a su vez por las frecuencias presentadas en la tabla 15; en la cual 15 individuos respondieron que se sienten molestos al esperar (reactivo 10). 14 se ubican en tener el deseo de sobresalir y ser los mejores (reactivo 1). 10 estudiantes de vez en cuando son exigentes y competitivos (reactivo 3). 10 en ser autoritarios y dominantes de vez en cuando, 6 casi nunca y 3 nunca, (reactivo 4). 10 se sienten presionados por el tiempo, 4 casi nunca, y 3 nunca (reactivo 6). Si se analiza el reactivo 8: ¿Alguna vez su trabajo o estudio le ha llevado al límite del agotamiento?, 15 respondieron que si.

La personalidad, de tipo “A”, físicamente es caracterizada por problemas cardiovasculares, característica no presentada en ninguno de los investigados. Otra particularidad es la tendencia a ser competitivos continuamente con el resto de sus compañeros, lo que provoca que realicen sus trabajos más rápido que el resto, y el 60% de los participantes manifiestan llevarse trabajo a casa, lo que demuestra que su competencia no es tan exigente, y que se toman su tiempo para realizar sus tareas; todo lo contrario al distintivo para la identificación del tipo de personalidad A porque sus expectativas están puestas en la premura.

Al igual que las chicas, los chicos no poseen los rasgos de la personalidad tipo “A”, por lo que esta variable es considerada como protectora.

Tabla 15. Frecuencia (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	14	6	0	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	2	9	7	2
3	8	10	1	1
4	1	10	6	3
5	7	4	5	4
6	3	10	4	3
Reactivo	Si		No	
7	12		8	
8	15		5	
9	10		10	
10	15		5	

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con los resultados obtenidos en la figura 8 respecto a la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), se tiene una puntuación de 6 por lo tanto la población masculina objeto de investigación supera los problemas presentados de una manera positiva, considerada a su vez como variable protectora.

Tabla 16. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	1	1	7	6	4
2	4	1	9	5	1
3	3	3	8	4	2
4	1	4	11	4	0
5	0	5	9	5	0
6	4	1	8	3	4

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 16, se tiene una frecuencia de 11 individuos que respondieron en la categoría “neutral”, a la pregunta de si es difícil recuperarse cuando algo malo sucede (Ítem 4).

Para la variable (UCLA), variable de soledad, puntúa una puntuación de 6, puntaje alto, pues sobrepasa la media, y considerado por lo tanto como variable de riesgo.

Respecto a la variable consumo de otras drogas (ASSIT) en la figura 8, se presenta una puntuación de 1, lo cual se puede evidenciar como consumo prudente o de bajo riesgo considerando la máxima puntuación que es 10 puntos, pero es importante analizar el tipo de sustancias que se consumen diario o casi a diario.

Tabla 17. Porcentajes obtenidos. Test (ASSIT) género masculino.

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	75.0	10.0	5.0	5.0	5.0
2	80.0	15.0	5.0	0.0	0.0
3	50.0	40.0	5.0	5.0	0.0
4	85.0	5.0	0.0	5.0	5.0
5	80.0	15.0	5.0	0.0	0.0
6	85.0	10.0	0.0	0.0	5.0
7	95.0	5.0	0.0	0.0	0.0
8	90.0	10.0	0.0	0.0	0.0
9	85.0	10.0	5.0	0.0	0.0
10	85.0	15.0	0.0	0.0	0.0
11	85.0	5.0	5.0	0.0	5.0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al apreciar la tabla 17, se tiene porcentajes que se ubican con un 5% en consumo a diario o casi a diario en las siguientes sustancias: Item 1: Drogas en general. En el ítem 4, un 5% presenta consumo de cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís), otro 5%, en el ítem 6: anfetaminas (speed, éxtasis, etc.), y un 5% otras sustancias psicoactivas, en el ítem 11.

Se debe tomar en cuenta que existe un 5% de consumo semanal en: consumo general de drogas (ítem 1). En consumo de licores: (cerveza, vinos, cocteles), ítem 3; y en consumo de cannabis: (marihuana, mota, hierba, hachis) ítem 4. Un 40% ha iniciado consumo de una a dos veces de alcohol. De igual forma existe consumo mensual de cigarrillos, alcohol, cocaína, alucinógenos, y drogas psicoactivas.

Por lo que se puede evaluar, según los porcentajes obtenidos, las diferentes sustancias seleccionadas en la encuesta son conocidas y han sido utilizadas en el sexo masculino investigado.

En cuanto al cuestionario de ansiedad y depresión proyecta una puntuación de 3, por lo cual se considera como variable protectora o de bajo riesgo.

Tabla 18. Frecuencia (LSQ)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En cuanto a la variable satisfacción de vida que tiene la población de género masculino investigada como se aprecia en la figura 8, se ubica con una puntuación de 6, lo cual significa que es una variable protectora. Esto se lo puede verificar con los resultados obtenidos en la tabla 14 siendo la mayor frecuencia de 5 ubicada en 8 puntos, seguida por 4, ubicada en 10, dentro de la escala de 0 a 10.

3.2 Discusión de los resultados obtenidos

De acuerdo a los resultados obtenidos y al objetivo principal que es el análisis de las psicovariables y su asociación al consumo de sustancias y salud mental, se indica:

1.- Se evidencia que, en el colegio investigado de la zona 9, distrito 5, circuito 2 de la ciudad de Quito, existe consumo de sustancias adictivas; y por lo tanto este inicio de apertura podría generar conductas que auspiciarán la repetición para el mantenimiento y consolidación de esta dependencia; siendo el caso de los varones mas visiblemente, y considerados como el género de mayor consumo, en donde se arrojan resultados de que un 25% se encuentra en consumo de riesgo, y un 75% en consumo prudente.

Considerando, el concepto de: Dependencia psíquica de drogas: "Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o para evitar malestar". (Sagñay, 2012); se deriva que, la dependencia psiquica en la cual pueden verse atrapados los jóvenes de sexo masculino que ya tienen un registro de riesgo y sienten más en profundidad el consumo manifiestan su satisfacción de vida en un punto menor que las jóvenes de sexo femenino.

De acuerdo a un estudio realizado en la Universidad Central, Quito, Ecuador por (Casagallo R. 2012), "el consumo de alcohol en los estudiantes es del 53,2%, destacando la relación existente entre el consumo de alcohol y tabaco, puesto que de 10 estudiantes que consumían alcohol, 5

también consumían tabaco, y uno consumía alcohol y otro producto psicoactivo”. Por otro lado un estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo Vida sin Drogas (DEVIDA, 2013), en Perú, confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal mas consumida por los y las escolares, en edad promedio de iniciación 13 años, y la más baja 8 años, el 25% declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida. El 40.5% (900.000) escolares encuestados informan haber probado alguna droga legal, sea alcohol o tabaco, el 22.3% admite consumo de tabaco, y el 8.1% drogas ilegales.

Relacionando con el grupo de jóvenes en éste trabajo investigativo, se afirma que igualmente existe consumo de las diferentes drogas mencionadas en la batería de preguntas, en donde después del alcohol, siguen en consumo de importancia el consumo de drogas en general, seguida por el tabaco, y la cocaína; siendo los de menor registro los sedantes y los inhalantes, en el género masculino. En cuanto al género femenino, se observa que un 10% de las encuestadas han reconocido la utilización del alcohol y todas las diferentes sustancias mencionadas en la batería.

No se puede omitir que se vive en una sociedad en donde para cualquier situación impera el alcohol como costumbre y socialización, lo cual no es ajeno a los jóvenes investigados pues la carencia de apoyo y la soledad que manifiestan concebir apuntan y dirigen a favorecer ese ambiente de consumo de alcohol y de sustancias adictivas, lo que a la larga conlleva a conductas de riesgo y comportamientos problema. El porcentaje global se encuentra en un 17% como consumo de riesgo y un 83% consumo prudente o bajo riesgo.

Al considerar el término problemático, como consumo de riesgo, de acuerdo al porcentaje global del grupo investigado, cinco estudiantes se apreciarían como consumidores en peligro respecto al consumo de bebidas alcohólicas (test audit).

Siendo la etapa de la adolescencia donde se deja atrás la docilidad y la infancia, el consumo de alcohol también refleja situaciones renovadoras en sus pensamientos, en sus vivencias, en su nueva convivencia social como individuos, siendo la sociedad quiteña y ecuatoriana, una sociedad socialmente aceptada en su consumo de alcohol, como una forma de ser reconocido como individuo socialmente, ya que es un modelo que se sigue.

2.- En este caso, en particular, el poco apoyo social (soledad y percepción de falta de apoyo) (UCLA), variable mediadora del estrés, se encuentra asociada al consumo de sustancias, pues arrojó un puntaje en la escala de medición de la soledad como el más alto, deduciendo que ésta variable es un indicador y predictor calificado como variable de riesgo, que constituye y está desencadenando el consumo problemático de sustancias psicoactivas, e hizo posible la medición respecto a las demás variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en las chicas y chicos. Considerando como relevante al ser la más alta de nivel con un puntaje de 7, lo cual se puede verificar con frecuencias altas en respuestas como: ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?, ¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con la gente que te rodea?, Con qué frecuencia te sientes cercano a las personas?, ¿Con qué frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas?, y con qué frecuencia te sientes solo?, apunta a lo que señala Coleman y Hendry. (1990), “La transición de la adolescencia a la adultez no puede ser exitosa sin un número sustancial de ajustes en lo psicológico como en lo social”. Lo que confirma que la descripción exhibe la característica del grupo investigado.

3.- El estrés, en términos generales tiene una puntuación de 4, que si bien, las mujeres lo poseen en mayor grado, (5), los varones en (4), este índice no sobrepasa el punto medio, considerado por lo tanto como variable de bajo riesgo. Argumentando con sus respuestas los investigados encuentran la manera de invertir el tiempo, tienen dominio para manejar con éxito los problemas irritantes de su vida, y sienten que en las cosas les va bien a menudo.

Al analizar el estrés mediado en sus tres variables (personalidad tipo “A”, caracterizada por la tendencia a la competitividad, hostilidad y presión del tiempo, soledad o percepción de falta de apoyo, y estilo de afrontamiento caracterizado por inflexibilidad psicológica), opuesto a un deseable compromiso vital con los valores personales o eudemonia; se encuentra que las variables personalidad tipo “A”, e inflexibilidad psicológica son mediadoras protectoras, y la percepción de falta de apoyo o soledad es la variable de riesgo.

En cuanto a la variable de estilos de afrontamiento, distinguido por conductas de evitación y escape que corresponde a la inflexibilidad psicológica, un 70%, de los participantes no encuentran o muy raramente encuentran que sus recuerdos dolorosos hacen que les sea difícil vivir la vida que quieren, y un 63.3% muy raramente o no les preocupa no ser capaces de

controlar las preocupaciones, sentimientos, y que los recuerdos dolorosos les impida llevar una vida plena. Lo que les capacita para hacer frente a los infortunios cotidianos y sus experiencias les enseñan a utilizar sus propios recursos para relacionarlos de manera diferente y desafiar efectivamente sus problemas existentes. El estudio es demostrativo en cuanto a que la mayoría del grupo investigado evita emociones negativas y pensamientos desagradables sin seleccionar un modo rígido de conducta habitual y de escape.

4.- Se obtuvo una resiliencia (BRS), por encima de la media, lo que la ubica como variable protectora, también asociada a la buena salud mental, atendiendo las palabras de Bruner, educándola como factor protector: (1994, en Lagos y Ossa, 2010), dice: “que a pesar de formarse del contexto, tiende a encajar con precisión al desarrollo resiliente, mejorando la respuesta de una persona a un resultado adaptativo” (Ibañez, 2015). De esta manera se puede cotejar que las peculiaridades de los adolescentes que surgieron de esta investigación ratifican la literatura, ya que una resiliencia alta, es considerada como protectora, que a su vez se ha formado de situaciones vividas, que van a derivar en una conducta de ajuste o adaptativa; es decir, están protegidos a pesar de su estructura de fragilidad.

Por lo tanto, la resiliencia como “factor protector”, existe en los alumnos investigados pero cuidado porque un inicio a esa complacencia e ingestión de sustancias adictivas; les permite sobreponerse y sobrellevar momentáneamente sus situaciones personales, es decir, existe salvaguardaje pero que éste no se instaure sustentado por el consumo de sustancias psicoactivas para mitigar situaciones perjudiciales.

En cuanto a la manifestación de satisfacción de vida; las chicas tienen un punto más alto que los chicos, variable indicadora de buena salud, pero también puede sugerir que al entrar en un periodo de bajo riesgo de sustancias les incita a la ingesta nuevamente, y a acariciar emociones de evitación al sufrimiento, desinhibición, mayor seguridad, y efectos propios del consumo que se produce, tales como relajamiento temporal, euforia fugaz y una percepción ilusoria.

La ansiedad y depresión se encuentra bajo la media; siendo criterio de buena salud junto con la satisfacción vital. Ugarte, R. (2008), cita a Coleman (1974), a quien vale rescatar con su teoría focal de la adolescencia que sugiere: “que la mayoría de los adolescentes se enfocan, en un sólo aspecto de su desarrollo a la vez para luego enfocar otro, pero necesitan un soporte para

regular y controlar las tensiones que experimentan". (pág.136); Esto demuestra que la literatura tiene concordancia en éste caso.

4.- CONCLUSIONES

Con respecto a la investigación desarrollada y acogiéndonos a los objetivos planteados en cuanto a analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental, y acorde con los resultados, y la evidencia presentada en el Colegio investigado de la Zona 9, distrito 5, circuito 2 de la ciudad de Quito, se concluye que:

1.- El apoyo social, medido a través de la soledad (UCLA), es la variable asociada al consumo de sustancias, pues arrojó un puntaje en la escala de medición como el más alto (7), por lo que se deduce que ésta variable mediadora del estrés psicológico es un predictor calificado como variable de riesgo, que constituye y está desencadenando un inicio al consumo de sustancias adictivas, en un grupo minoritario del grupo investigado. Considerada como relevante al ser la más alta de nivel con un puntaje de 7 en este estudio investigativo con la muestra de 30 jóvenes en edad adolescente 20 hombres y 10 mujeres, entre 14 y 17 años, de primero y segundo curso de bachillerato, siendo la edad predominante de 16 años en un 40%. El nivel de riesgo arroja el mayor porcentaje en las niñas adolescentes que se sienten más solas en un 70% y los jóvenes en un 45%, predomina en las niñas la falta de confiabilidad en las personas, ya que expresan la necesidad de falta de compañía cuando lo desean en un 80%, versus los varones en un 70%.

2.- Concatenando la medición respecto al estilo de afrontamiento, tipo de personalidad A, apoyo social y resiliencia, otras variables psicosociales predictores de la salud mental y consumo de sustancias en las chicas y chicos, se demuestra que, los encuestados, tienen como variables protectoras y mediadoras del estrés, el tipo de personalidad "A", inflexibilidad psicológica y una fortaleza natural que es la resiliencia, con un puntaje de 6, sin hacer diferencia en cuanto al género; pues, en este sentido no ha sido una condición que borre en alguno de ellas y ellos esa fortaleza; que en su mayoría todos la poseen, de forma no aprendida para adaptarse a los cambios, en conductas adaptativas a pesar de la inestabilidad y vulnerabilidad propia del entorno ecuatoriano, y de su etapa de maleable consistencia.

3.- En cuanto a la ansiedad y depresión, satisfacción vital, y consumo de sustancias, indicadores de criterios de salud, se alcanzó un puntaje de 3, en los resultados estandarizados; respecto a la variable relacionada con la depresión y ansiedad, que se encuentra bajo la media,

la implica como variable protectora. Lo cual define a los estudiantes con prevalencia de emociones positivas ante las desventuras, y competitivos para solucionar sus problemas personales. No tienen en ninguno de los casos tanto de hombres y mujeres respuestas extremas en los reactivos presentados lo que les permite manejar en forma equilibrada los problemas y desventuras que se presentan, esto podría concluirse a que en gran medida se debe al modelo de hogar de los estudiantes investigados, la realidad de la mayoría de los participantes refleja una vida estable en familia en un 83.33%, y en igual porcentaje residiendo en la zona urbana. Estudiantes a tiempo completo en un 93.33%, y de estado civil solteros el 100%.

4.- El estudio es concluyente en los aspectos de efectos positivos que prima en el grupo investigado, relacionados indudablemente con el medio donde viven, se desenvuelven, e interactúan.

Referente a la satisfacción vital, el sexo femenino se encuentra en un puntaje de 7, y el masculino en 6, lo que determina que sus emociones agradables siguen primando, ya que esta variable en relación al puntaje obtenido, es considerada como indicador de criterio de buena salud; este indicador es respuesta a la calidad de vida del grupo investigado, encontrándose favorecidos por un hábito de vida saludable en cuanto a una buena alimentación un 86.66%, un 96.66% realizan actividad física en un promedio de entre 1 y tres horas, con sueño reparador de 8 horas; el 100% de los investigados no ha sido recetado con medicamentos, un 86.66% no ha faltado a clases más de dos días, solamente un estudiante (3.33%), afirma haberse ausentado por 15 días. Con un promedio de estatura de 160 cms, y un peso de un poco más de 100 libras, cantidad y talla normal para este grupo de jóvenes.

5.- En cuanto al consumo de sustancias se precisa que los varones alcanzan mayor consumo, con las respectivas derivaciones de que un 25% se encuentra en consumo de riesgo, y un 75% en consumo prudente de alcohol.

En lo concerniente al género femenino, el 100% de las investigadas engloban el consumo prudente o de bajo riesgo de alcohol. Se concluye que en este caso específico existe consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, en donde el 50% de todos los investigados del sexo masculino han iniciado su consumo en bebidas alcohólicas como: cerveza, vino, licores, cocteles. Y en el sexo femenino un 10%. Como dato relevante se indica que todas las distintas

sustancias psicoactivas mencionadas en la batería de preguntas, han sido experimentadas en el grupo investigado.

No se puede omitir que se vive en una sociedad en donde para cualquier situación impera el alcohol como costumbre y socialización, lo cual no es ajeno a los estudiantes investigados pues la carencia de apoyo y la soledad que manifiestan concebir apuntan y pueden dirigir a favorecer ese ambiente, lo que podría llevar a convertirse en una manera de socialización y compañía, que precisamente es de lo que ellos carecen, siendo ésta variable el indicador de criterio de alto riesgo la que está provocando en los jóvenes los inicios en el consumo de sustancias psicoactivas.

5.- RECOMENDACIONES

1.- Según el estudio realizado en este plantel educativo, y los resultados arrojados, para futuras investigaciones se recomienda hacer el seguimiento de los estudiantes involucrados en el caso de estudio con planteamientos en cuestionarios de preguntas más específicos, para determinar el porqué en ciertos reactivos las respuestas se convierten en factores de riesgo. Siendo la soledad y el aislamiento una realidad de este vertiginoso mundo, donde prima el individualismo y la independencia se debe plantear interrogantes puntualizados, que reflejen en sus respuesta el porqué se sienten que no son entendidos y pronuncien esa falta de compañía.

2.- Reestructurar la encuesta, para comprobar su fiabilidad; es decir confirmar los resultados; pero se sugiere que su aplicación sea de forma digital o a través de las redes sociales, ya que estos medios están más familiarizados con los jóvenes, quienes indiscutiblemente se van a sentir confortables y cómodos con su utilización y expresión.

3.- Con la obtención de las mediciones que se persiguieron, es decir, valores cuantitativos, en variables específicas de bajo y alto riesgo, se debería realizar la medición de éstas a través de ciertos ítems, combinando preguntas abiertas, y dicotómicas (si - no), para obtener una descripción cualitativa más a profundidad, ya que con la información de factores de riesgo que se tiene, el interés ahora sería establecer interrogantes más específicos para establecer causalidad lo que completaría el estudio investigativo.

4.- Se recomienda agrupar del estudio todas las variables preponderantes tanto de alto como de bajo de riesgo, tabularlas en forma independiente, clasificarlas y determinar si son recursos personales o sociales los que atenúan, neutralizan, o estimulan el impacto del riesgo; para de acuerdo a los resultados realizar los subsiguientes cuestionarios.

5.- Se sugiere también, que las investigaciones a más de ser informativas tengan trascendencia y que necesariamente sean evaluadas periódicamente, y los reportes de las mismas formen parte de un archivo de estudio ya que son realidades de un momento y servirán para estudios longitudinales, los mismos que deben ser el fundamento principal para charlas, que deben ser presididas por profesionales de la materia para que las mismas vayan

dirigidas precisamente a conocer de forma científica y natural cómo el adolescente debe aceptarse tal como es, conociendo su fragilidad, su vulnerabilidad y sus fortalezas, en esta etapa de formación requiere precisamente un programa de acompañamiento, donde exista comunicación con sus profesores, padres, y entre los mismos compañeros, para que mitiguen esa soledad que manifiestan.

6.- BIBLIOGRAFÍA

Aciprensa. (2013). *Cuales son las consecuencias del uso de drogas*
Recuperado: www.aciprensa.com/drogas/consecuencias.htm

Aguilar, J. (2013). Presentación-ACT-2. *Inflexibilidad psicológica*
Recuperado de:
[http://www.conductitlan.net/...que es La teoria de los marcos relacionales](http://www.conductitlan.net/...que_es_La_teor%C3%ADa_de_los_marcos_relacionales)

American academic of pediatrics, (2015). *Etapas de la adolescencia*.
Recuperado de: www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx

Andrade, L. Cuenca, G. y León R. (2015a). Manual de aplicación de la bacteria de instrumentos del proyecto de investigación. *Antecedentes y justificación*.

Smartland. Gestión inteligente del territorio. UTPL

Andrade, L. Cuenca, G. y León R. (2015b). Manual de aplicación de la bacteria de instrumentos del proyecto de investigación. *Selección de variables psicológicas y escalas psicométricas, utilizadas en el estudio*.

Smartland. Gestión inteligente del territorio. UTPL

Burgos, C. (2015, Junio, 18). *Consumo de drogas*. El universo.

Recuperado de: www.eluniverso.com/opinion/2015/06/18/nota/4969237/consumo-drogas

Castro R, Campero L, y Hernández B, (1997). El concepto de apoyo social. *Asúde Pública*. Vol. 31.

Recuperado de URL: scielop.org/pdf/rsp/v31n3/2277.pdf

Centro mundial de estudios humanistas. (2010). *Compromiso ético*.

Recuperado de: www.humanismeemergent.blogspot.com/p/compromiso-etico.html

Chavarriga M. y Barra E. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: *Relación con la autoeficacia y apoyo social percibido*. Scielo, Vol. 32.

Recuperado de URL: scielo.cl/scielo.php?script=scl_arttext&pid=S0718-48082014000100004

Clinica ansiedad (2015). ¿Que es la ansiedad y porqué se produce?

Recuperado de: www.clinica de ansiedad.com /soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-aniedad-y por-que-se-produce

Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad. *Estructura, consistencia de la personalidad*. Tercera edición. Editorial/production supervision: BruceHobart/Pine Tree

Colegio oficial de médicos, (2011). *Ansiedad y depresión*.

Recuperado de:

http://www.historicomedicosypacientes.com/noticias/2011/08/11_08_01_depresion

Contreras, D. (2011). *Apoyo social*

Recuperado de: www.soc.com/el-rincon-del-coach/apoyo-soial.php?15

Da Silva, M. (2010) Bienestar subjetivo: Satisfacción vital y felicidad. Scielo, Vol. 39.

Recuperado de URL scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052013000200022&script=scl_arttex&ting=pt

Delgado, J. (2012). Distrés y eustrés. *Enemigos o aliados*.

Recuperado de: <http://www.rinconpsicologia.com/2012/05/ditres-y-eustres-enemigos-o-aliados.html>

Dowshen, S. (2015). Sistema endócrino. *¿Qué es el sistema endócrino?*.

Recuperado de: <http://www.kidshelath.org/PageManager.jsp?dn=KidsHealth&lic=1>

Fernández, C. (2015). *La resiliencia el valor de reponerse*.

Recuperado de: www.zhensolbellezaysalud.wordpress.com/psicozen

Fernández F. (2004). El medio social como estructura psicológica. *Reflexiones del modelo ecológico de bronfenbrenner*. EduPsyché revista de psicología y psicopedagogía. Vol 3.

Recuperado de URL: Dialnet-EIMedioSocialComoEstructuraPsicologica-107116.pdf

Flores, D. (2015). Resiliencia nómica y asiliencia. *La pauta para una nueva educación*.

Recuperado de: <https://sites.google.com/site/epauuda>

Flores, O. (2015). La felicidad. *Qué es la felicidad*.

Recuperado de: buscandolaverdaderafelicidad.blogspot.com

García, J. (2011). *Introducción a la teoría de los marcos relacionales*.

Recuperado de:

www.aceptación.es/Terapia_AceptacionACT/Teoria_marcos_relacionados.html

García, J. (2013a). Desarrollo del adolescente. *Fisiología del crecimiento*.

Recuperado de:

www.#q=crecimiento+en+estatura+que++implica+una+correlacion+entre+la+actividad+endocrinologica+y+el+sistema+oseo%2C+y+el+crecimiento+ponderal

García, J. (2013b). Ser feliz, como alcanzar la felicidad. *Qué puedo hacer para ser feliz*.

Recuperado de: www.psicoterapeutas.com/ser_feliz.html

Giardino, R. (2009). *Síntomas y causas de estrés*.

Recuperado de: <http://depresionyangustia.blogspot.com/2009/07/sintomas-de-estrés.html>

Gómez, M. López, F. Mesa, H. (2007). International journal of clinical and health psychology. *Teoría de los marcos relacionales*. Vol. 7. No. 2.

Gómez, G. (2011). Gestión, aprovisionamiento y cocina en la unidad familiar de personas dependientes. *El afecto como apoyo social*. Editorial vértice.

Grupo de psiquiatras y psicólogos, (2015). Clínica de ansiedad. *Qué es la ansiedad y por qué se produce*.

Recuperado de: www.clinicadeansiedad.com/02/168/Que-es-la-ansiedad-y-porque-se-produce-.htm

Grupo de psiquiatras y psicólogos, (2002). Clínica de ansiedad. *Coexistencia de manifestaciones de ansiedad y depresión*.

Recuperado de: www.clinicadeansiedad.com/02/128/ansiedad-y-depresión.htm

Guerra, L. (2010). *Conceptos fundamentales en droga dependencia*.

Recuperado de: www.ruc.udc.es/.../Trabajo%20conceptos%20generales

Hernández, A. (2014). *Estado actual de la terapia de Aceptación y Compromiso en adicciones*. Health and addictions.

Recuperado de: www.?.#q+health+addictions+Vol+14+No.2%2C+999-108++Hernandez+Ardieta

Ibañez, A. (2015). Cerebro Adolescentes. *La importancia de una mentalidad resiliente en el adolescente*.

Recuperado de: www.aranzuzu5blogspot.com/2012/11la-importancia-de-una-mentalidad.html

Iglesias, J. (2013). Contexto familiar. *Conflictoparento-filial*.

Recuperado de: www.tercerinfanciaprojectoyuridia.blogspot.com

Kotlianco, M. y Cáceres I. (2011). Dynamic training & languages. *VII congreso resiliencia*

Recuperado de: www.dtlformacion.es/1/la_resiliencia_2044815.html

Lopategui, E. (2000). *Estrés Concepto, causa y control*.

Recuperado de: www.saludmed.com/Documentos/Estrés.html

Luna, M. grupo de psicólogos y psiquiatras de Madrid. (2002). *Ansiedad y depresión*.

Recuperado de: <http://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-depresion/>

Macias, M. (2015). Habilidades directivas 1. *Estrés*.

Recuperado de: <http://maruumaciass.blogspot.com/2015/04/estrés-el-estrés-una-reaccion.html>

Martinez, M. (2001). Educación y valores democráticos. *Una propuesta de educación en*

Valores. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). Bravo Murillo, 38 28015 Madrid España.

Maté, M. y Gonzalez S, Trigueros M. (2010). Ciencias psicosociales. *Qué es el apoyo social?*.

Recuperado de: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf

Monroy, P. (2014). Desarrollo psicológico. *Aspectos psicológicos del adolescente*.

Recuperado de: www.prezi.com/1g2x-xhjwdxx/aspectos-psicologicos-del-adolescente/

Morris, C. y Maisto, A. (2001). Introducción a la psicología. Décima edición.

Pearson Educación.

National Institute on drug abuse. (2004). The science of drug abuse and addiction. *Factores de riesgo y factores de protección*.

Recuperado de: www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-abuso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo

National Institute on drug abuse. (2013). *Personas de todas las edades sufren las*

consecuencias nocivas del abuso y la adicción a las drogas.

Recuperado de: www.drugabuse.gov/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion

National Institute on drug abuse. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento. *Cómo la ciencia ha revolucionado el concepto de la drogadicción.*

Recuperado de: www.drugabuse.gov/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion

Oliva, A. y Parra, A. (2004). Conflicto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. *Comunicación y conflicto parento-filial.*

Recuperado de: www.?.gws_rd=ssl#q=CONTEXTO+FAMILIAR+Y+DESARROLLO+PSICOLOGICO+DURANTE+LA+ADOLESCENCIA++Alfredo+Oliva+Delgado+y+Águeda+Parr+a+Jiménez

Organización mundial de la salud. (2007). *Salud mental, fortalecer nuestra respuesta.*

Recuperado de http://www.who.int/stress_health/es/

OMS. OPS. (2012). Día mundial de la salud mental.

Recuperado de:

http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236

Organización mundial de la salud, (2013a). Salud. *Definición de salud.*

Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>

Organización mundial de la salud, (2013b). Salud Mental. *Un estado de bienestar.*

Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014). Actualidad. *Despenalizar drogas*.

Recuperado de: <http://es.rt.com/yYi>

Organización mundial de la salud, (2015a). Alcohol. *Datos y cifras*.

Recuperado de: <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs2349/es>

Organización Mundial de la Salud. (2015b). La depresión. *Generalidades*.

Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>

Páez, M. Guitierrez, O, Valdivia, S. y Luciano, S. (2006). ACT. *Importancia de los valores personales en el contexto de la terapia*.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56060101>

Padrós, M. Martínez, M. Guitierrez-Hernández, Medina, M. (2010) Bienestar subjetivo: Satisfacción vital y felicidad. Scielo, Vol. 39.

Recuperado de URL scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052013000200022&script=scl_arttex&ting=pt

Prevencionweb, (2007) *Fases de alarma, resistencia y agotamiento*.

Recuperado de: www.prevencionweb.com/articulos/leer.?id_texto=33

Reyes, F. (2013). Legalización de las drogas. El Telégrafo. Recuperado de:

www.telegrafo.com.ec

Rojas, J. (2011). Teorías y paradigmas educativos. *Aprendizaje significativo de Ausubel*.

Recuperado de: www.paradigmaseducativosuft.blogspot.com/2011/05/teoria-del-aprendizaje-significativo-de.htm

Roque, J. (2015). *Definición de estrés y etimología del término*.

Recuperado de: juanroque.com/estres/

RT, (2014). *La ONU sugiere por primera vez la despenalización del consume de drogas*.

Recuperado de: telecadena rt satelital de noticias en español.

Sagñay J. (2012). Instituto de neurociencias. Que son las drogas. *Dependencia psíquica*.

Recuperado de: www.Institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/845-drogas-consecuencias

Sánchez, A. y Barranco R. (2004). Historia de la psicología. *Presicología en el pensamiento griego*. España. Editorial Pirámide.

Sánchez J. y Román F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal, en la experiencia y expresion emocional. *Anales de psicología*. Vol. 20.

Recuperado de: www.um.es/analesps/v20/v20_2/05-20_2.pdf

Sánchez J. (sf). *Historia de la depresión*.

Recuperado de: www.depresion.about.com/od/historiasreales/a/Historia-Depresion,htm

Sausa, M. (2014). *Legalización de la marihuana*. Perú 21.

Recuperado de: www.Peru21.pe/actualidad/marihuana-vacio-legal-impulsa-mercado-negro-venta-nuestro-pais-2192533

Serrano, J. y Pons R. (2011). El constructivismo hoy. *Enfoques constructivistas*. Redie.

Vol 13. No. 1.

Recuperado de: redie.uabc.mx/redie/article/view/268/708

Sierra, J. (2003). *Ansiedad, angustia y stress tres conceptos a diferenciar*.

Mal-estar e Subjetividad de / Fortaleza. III.

Recuperado de:

www.pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pd

Ugarte, R. (2007). Prevención en adolescentes uso de drogas. *La transición de la adolescencia*.
Área comunidad educativa Cedro

Ugarte, R. (2008a). La familia como factor de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. *La transición de la adolescencia*.
Área comunidad educativa Cedro

Ugarte, R. (2008b). *Teoría focal de la adolescencia*.
Área comunidad educativa Cedro

Vásquez, V. y Nava, C. y Del Valle, R. y Ayala, O (2006). Dirección corporativa de administración subdirección de servicios de salud. *Adolescencia*.
Recuperado de: www.pemex.com/servicios/salud.../adolescencia.pdf

WordPress, (2008-2015). *Definición de resiliencia*
Recuperado de: <http://definicionde/resiliencia/>

World Health Organization, (2014). Salud Mental. *Determinantes de la salud mental*.
Recuperado de: <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs220/es>

7.- ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN Y DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Señor/ra _____

RECTOR _____

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

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

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

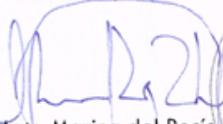
Es importante indicar, que es una evaluación totalmente anónima, es decir, no incluirá nombres, ni datos identificativos del estudiante o de la institución educativa en los informes de investigación, de esta forma se garantiza la privacidad y confidencialidad de la información. Así también indicamos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

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

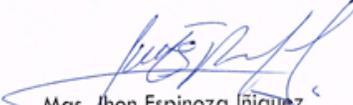
Por lo expuesto invitamos a que su institución participe como parte de la muestra del presente estudio a través de los estudiantes de primero y segundo de bachillerato.

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

Atentamente,


 Mgr. Marina del Rocío Ramírez
**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
 DE PSICOLOGÍA**




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



Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL

Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.

Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallegos

Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iniguez

Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guevara S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

Yo, _____, en calidad de Rector del colegio _____ de la ciudad de _____

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

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

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

F.-----

Fecha: _____

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

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

Contactarse: Mgs. Livia Isabel Andrade. E-Mail: liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371 444, Ext. 2631

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

Firma del investigador: _____

CI _____

CI: _____

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL

Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371 444, Ext. 2631.

Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallegos

Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez

Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guevara S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.

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

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma del investigador:

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL

Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631

Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Vaca Gallegos

Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez

Equipo investigador: Aguirre M., Cuenca G., Erique E, Guevara S, E. Sánchez C., Ramírez R., Ontaneda M., Pineda N., Vivanco M.