



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 4, distrito 13 d02, circuito 13 d02c04_09 en el año 2015”

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Acosta Oñate, Luis Fernando

DIRECTORA: Andrade Quizhpe, Livia Isabel, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister,

Livia Isabel Andrade Quizhpe

DOCENTE DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **“Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 4, Distrito 13 D02, Circuito 13 D02C04_09, en el año 2015”**, realizado por **Luis Fernando Acosta Oñate**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 29 de febrero de 2016

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Luis Fernando Acosta Oñate**, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 4, Distrito 13 D02, Circuito 13 D02c04_09, en el año 2015”, de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo la Mgs. Livia Isabel Andrade Quizhpe directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de investigación, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.....

Luis Fernando Acosta Oñate

C.I: 170743805-5

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis seres queridos, que a pesar de que se me adelantaron de este mundo terrenal, sé que desde el cielo siempre me bendicen y protegen. Ellos han sido y son mi inspiración y motivación, me refiero a mis padres Misael y Beatriz, y mis abuelitos Luis y América, haciendo una mención especial a mi madre Beatriz, la que sin duda fue la persona más importante en mi vida. De todos ellos recibí apoyo y consejos de vida, sembrando en mí, la impronta de amor y de bien, a través de los diversos valores impartidos con el ejemplo, y que sin duda marcaron positivamente mi vida, lo cual me hace sentirme muy orgulloso por haber tenido el privilegio de haber sido su hijo y nieto.

AGRADECIMIENTO

El trabajo de investigación realizado, lo agradezco de forma general a la UTPL, institución de educación superior de mucho prestigio en el país, en la que su misión desde la visión del Humanismo de Cristo, se fundamenta en *buscar la verdad y formar al hombre a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad*. Su alta calidad académica, permite tener una formación integral en competencias genéricas y específicas de la carrera, a través de la transmisión de los conocimientos básicos y fundamentales en lo científico, humanístico y espiritual, para poder desarrollarnos de la mejor manera en el ámbito profesional y laboral.

Mi sincero y eterno agradecimiento a todos los docentes que estuvieron activos en el proceso enseñanza-aprendizaje, los mismos que a través de su guía, alimentaban nuestra actividad cognoscitiva como alumnos, con rumbo a la adquisición y dominio del conocimiento bajo un concepto científico. Todo esto lo impartieron de forma prolija, sistemática, pedagógica y generosa, a través de los diez ciclos de formación de la carrera de Psicología.

Finalmente, hago un especial agradecimiento, a la docente que estuvo a cargo de la tutoría de la presente investigación, Mgs. Livia Andrade, persona muy cualificada y quien, gracias a su guía y orientación oportuna, permitió finalizar exitosamente el objetivo planteado.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

.....	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE ANEXOS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1. Salud mental	4
1.1.1. Definición de salud mental	4
1.1.2. Factores asociados a la salud mental	5
1.1.2.1. Personalidad	5
1.1.2.2. Estrés	6
1.1.2.3. Apoyo social.....	8
1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica	8
1.1.2.5. Compromiso vital.....	9
1.1.2.6. Resiliencia	11
1.1.2.7. Ansiedad y depresión.....	12
1.1.2.8. Satisfacción vital.....	14
1.2. Consumo de drogas.....	15

1.2.1.	Consumo de drogas	15
1.2.2.	Consumo problemático de alcohol	18
1.2.3.	Causas del consumo de drogas	19
1.2.4.	Consecuencia del consumo de drogas.....	21
1.3.	Adolescentes	25
1.3.1	Desarrollo biológico	25
1.3.2	Desarrollo social	28
1.3.3.	Desarrollo psicológico	29
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA.....		31
2.1.	Objetivos.....	32
2.1.1.	General.....	32
2.1.2.	Específicos	32
2.1.3.	Preguntas de investigación	32
2.2.	Diseño de investigación	33
2.3.	Contexto	33
2.4.	Población.....	34
2.5.	Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	34
2.5.1	Métodos	34
2.5.2.	Técnicas.....	35
2.5.3.	Procedimiento	38
2.5.4.	Recursos.....	40
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS.....		41
3.1.	Resultados obtenidos: Análisis e interpretación de resultados.....	42
3.1.1.	Datos psicosociales	42
3.1.2.	Análisis y descripción de los resultados generales	44
3.1.3.	Análisis de resultados del género femenino	53
3.1.4.	Análisis de resultados del género masculino	63

3.2. Discusión de los resultados	72
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ÍNDICE DE ANEXOS	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo.....	42
Figura 2. Edad.	43
Figura 3. Año de bachillerato.	43
Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados general.	44
Figura 5. Consumo de Alcohol general (AUDIT)	47
Figura 6. Figura de los test con resultados estandarizados género femenino.	54
Figura 7. Consumo de Alcohol género femenino (AUDIT).....	57
Figura 8. Figura de los test con resultados estandarizados género masculino.	64
Figura 9. Consumo de Alcohol género masculino (AUDIT)	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas por consumo de alcohol.....	19
Tabla 2. Consecuencias del consumo de drogas	22
Tabla 3. Rasgos físicos en la adolescencia	27
Tabla 4. Recursos utilizados.....	40
Tabla 5. Frecuencia Estrés.....	45
Tabla 6. Frecuencia Flexibilidad / Inflexibilidad Psicológica.....	46
Tabla 7. Frecuencia Personalidad Tipo A.....	48
Tabla 8. Frecuencia Soledad.....	49
Tabla 9. Frecuencia Capacidad Adaptación al Estrés.....	50
Tabla 10. Porcentajes Consumo de Sustancias	51
Tabla 11. Frecuencia Depresión y Ansiedad	52
Tabla 12. Frecuencia Satisfacción Vital.....	53
Tabla 13. Frecuencia Estrés.....	55
Tabla 14. Frecuencia Flexibilidad / Inflexibilidad Psicológica.....	56
Tabla 15. Frecuencia Personalidad Tipo A.....	58
Tabla 16. Frecuencia Soledad.....	59
Tabla 17. Frecuencia Capacidad Adaptación al Estrés.....	60
Tabla 18. Frecuencia Consumo de Sustancias.....	60
Tabla 19. Frecuencia Depresión y Ansiedad	62
Tabla 20. Frecuencia Satisfacción Vital.....	63
Tabla 21. Frecuencia Estrés.....	64
Tabla 22. Frecuencia Flexibilidad / Inflexibilidad Psicológica.....	65
Tabla 23. Frecuencia Personalidad Tipo A.....	67
Tabla 24. Frecuencia Soledad.....	68
Tabla 25. Frecuencia Capacidad Adaptación al Estrés.....	69
Tabla 26. Frecuencia consumo de Sustancias	70
Tabla 27. Frecuencia Depresión y Ansiedad	71
Tabla 28. Frecuencia Satisfacción Vital.....	72

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes.	93
Anexo 2. Instrumentos psicométricos: Estrés, flexibilidad, alcohol, personalidad tipo A.	94
Anexo 3. Instrumentos psicométricos: Soledad, resiliencia, consumo de sustancias, depresión, satisfacción vital.	95

RESUMEN

La investigación denominada “análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 4, distrito 13 D02, circuito 13 D02C04_09 en el año 2015”, tuvo como objetivo general analizar las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09 en el año 2015.

La investigación es de tipo descriptivo, utilizando la técnica de la encuesta en escalas psicométricas breves que permitieron obtener estadísticas de las variables como sociodemográficas, estrés psicológico, consumo de alcohol, apoyo social, personalidad, estilos de afrontamiento, resiliencia, ansiedad y depresión, consumo de sustancias y satisfacción vital.

Luego del análisis de datos, podemos concluir que las variables protectoras de los adolescentes son: la inflexibilidad psicológica, consumo problemático de alcohol, personalidad tipo A, resiliencia, consumo de sustancias, depresión y satisfacción vital; así como los resultados indican que la variable neutral es el estrés; finalmente el adolescente investigado presenta el apoyo social como una variable de riesgo.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, consumo de alcohol, consumo de drogas, salud mental, variables psicosociales.

ABSTRACT

The research called "analysis of the psychosocial variables associated with mental health in students of first and second high school from zone 4, 13 D02 District, 13 D02C04_09 circuit in 2015", had as general objective to analyze the psychosocial variables associated substance use and mental health in students of first and second high school, belonging to the area 4, 13D02 District, 13D02C04_09 Circuit, in 2015.

The research is descriptive, using the survey technique in brief psychometric scales that allowed us to obtain statistics variables as sociodemographic, psychological stress, alcohol consumption, social support, personality, coping styles, resilience, anxiety and depression, substance abuse and life satisfaction.

After data analysis, we can conclude that the protective variables of adolescents are: psychological inflexibility, problematic use of alcohol, type A personality, resilience, substance abuse, depression and life satisfaction; and the results indicate that the variable neutral stress; finally investigated social support adolescents presents a risk variable.

KEYWORDS: Adolescents, alcohol consumption, drug use, mental health, psychosocial variables.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) indica que la salud mental tiene directa relación con el fomento del bienestar, su previsión en cuanto a trastornos mentales y su respectivo tratamiento y rehabilitación. El incremento de los trastornos mentales como la ansiedad y depresión serán en el 2020 la causa principal de baja en el trabajo según la misma organización, es por esto la importancia que implica el análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias en los adolescentes estudiantes de bachillerato de primero y segundo curso de la población estudiada.

El desarrollo de la presente investigación, se relaciona con el Plan Nacional del Buen Vivir, el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas en Ecuador y el Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador (2014), que considera como prioritario el identificar la prevalencia de los diferentes trastornos y las variables asociadas a los mismos, permitiendo obtener perfiles que reflejen la distribución de las variables psicosociales referentes al estrés psicológico, variables mediadoras como el estilo de afrontamiento, tipo de personalidad, apoyo social y resiliencia, y variables indicadoras de criterio de salud como son el consumo de sustancias, ansiedad, depresión y satisfacción vital.

Para la realización de la presente investigación se siguieron todas las directrices emanadas por el departamento de Psicología de la UTPL, que consistió que una vez seleccionada y aprobada la institución educativa sujeta a la investigación, se inicie el proceso previo a la aplicación de la batería de evaluación, luego la administración de la batería con las respectivas consideraciones a tomar, el ingreso y análisis de datos. La investigación de tipo descriptiva utilizó la técnica de encuestas, a través de diez baterías psicométricas aplicadas que ayudaron para alcanzar el objetivo de lograr analizar las variables psicosociales asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias, además de conocer el número y el nivel de consumo de alcohol y sustancias según el género de los estudiantes investigados.

En la actualidad, este tema es importante por la fácil accesibilidad al alcohol, drogas y demás estupefacientes que genera altos riesgos en los adolescentes, los cuales ameritan un adecuado direccionamiento para evitar que puedan sufrir sus graves consecuencias, deteriorando su salud física y emocional. En consecuencia, es fundamental establecer procesos de evaluación, los cuales den lugar a una identificación oportuna de inconformidades que a su vez deriven acciones preventivas y correctivas.

Para ello, el estudio se clasificó en los siguientes capítulos:

El Capítulo I, analiza diversas bases teóricas que permiten sustentar la investigación. Dentro de estas se incluyó la salud mental, el consumo de drogas y los adolescentes. En cada uno de estos se presentaron varios conceptos, doctrinas y elementos que permiten su clara comprensión y relación.

El Capítulo II, describe la metodología utilizada, señalando los instrumentos y baterías aplicadas, determinando su aporte en la investigación. Su desarrollo permite que el centro educativo seleccionado para la presente investigación, mantenga su anonimato y por ende la reserva del caso, en beneficio de la privacidad a la que tienen derecho los adolescentes investigados.

El Capítulo III, presenta el análisis de datos realizado, señalando la interpretación y discusión en base a los resultados obtenidos. Su desarrollo realiza una discusión objetiva, evaluando las respuestas y clasificándolas por género para una mejor visualización.

Finalmente, es importante indicar que el proceso de investigación realizado presentó la apertura y colaboración de las autoridades, alumnos y padres de familia de la institución investigada, así como por parte la Directora del Proyecto y del Equipo Multidisciplinario de la Universidad, cuyos alcances obtenidos podrán servir de consulta para que los diversos actores sociales en conjunción con las autoridades competentes, diseñen planes de intervención oportunos y eficientes, que del ser del caso, sean preventivos y/o correctivos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Salud mental

1.1.1. Definición de salud mental

Tomando como referencia a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental puede definirse como “un estado en el cual la persona dispone de bienestar físico, mental, emocional y social que le permite disponer de una buena calidad de vida y está relacionada con la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos” (OMS, 2015).

Para Ugalde (2010) “el concepto de salud mental relaciona aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud, los cuales son necesarios para alcanzar un estado de completo bienestar, que permite a la persona integrarse de manera efectiva en su entorno” (p. 22).

Por otra parte Serrano (2009), citando a Meninger (1947), indica que:

La salud mental tiene que ver con el aporte de los seres humanos al mundo y a ellos mismos con el máximo de efectividad y felicidad. No se trata sólo de eficiencia y satisfacción o del don de obedecer alegremente las reglas del grupo; es todo esto junto a una conducta socialmente considerada y una disposición feliz. (p. 213)

En los conceptos citados, se observa que la salud mental implica varios factores que permiten a una persona encontrarse en un estado adecuado, en donde al no verse afectado por enfermedades que inciden en su condición mental, física y psicológica, puede desenvolverse plenamente en las funciones y actividades que cumple regularmente.

Se infiere que la salud mental abarca un amplio espectro de factores que determinan el bienestar en el ser humano. Los aspectos psicológicos, afectivos y sociales se relacionan en cada persona de múltiples maneras dando lugar a un estado que determinará su comportamiento.

Por lo citado, la salud mental es el resultado de una interrelación entre factores externos e internos, propios del entorno y de la persona, que se integran generando un estado en donde existe un bienestar integral que le permita al individuo desenvolverse plenamente, de ahí que se entiende que, este estado le posibilita alcanzar un desempeño adecuado en las diferentes actividades que realiza, pudiendo estas ser físicas, profesionales, personales, entre otras.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental

Existen varios factores que están directamente relacionados con la salud mental, es decir, su existencia puede ser derivada de situaciones propias de la persona que indiquen ciertas inconformidades que puedan afectar su estado de bienestar. Para mejorar la comprensión, a continuación se presenta un detalle de diversos elementos considerados indicadores, en la medida que pueden describir el estado de una persona, señalando ciertas afecciones que atentan contra su salud.

1.1.2.1. Personalidad

La personalidad describe comportamientos comunes en el individuo que permite su identificación, de ahí que, su evaluación establece el conocimiento de ciertos rasgos que al identificarse es posible establecer acciones que mejoren su condición, integración y adaptación.

Dentro de los tipos de personalidad, se encuentra el denominado “Tipo o Patrón A”. Su clasificación se atribuye a las investigaciones realizadas por Rosenman y Friedman (1957) quienes producto de varias observaciones realizadas en el Hospital Monte Sinaí en San Francisco California, identificaron una relación directa entre la personalidad y efecto en la salud. Sobre esto, se describe que “la personalidad tipo A comprende diferentes características entre las cuales se encuentra la impaciencia, irritabilidad, estilo dominante, gran implicación en el trabajo, preocupación por el rendimiento y pocos intereses” (Citado por Polaino 2009, p. 477).

- **Impaciencia:** La persona tiene problemas con el tiempo, busca optimizarlo realizando varias actividades a la vez.
- **Irritabilidad:** La persona se molesta constantemente con quienes le rodean por incumplir los tiempos fijados o por no hacer las cosas en menor tiempo.
- **Estilo dominante:** La persona quiere siempre marcar el rumbo de las cosas, definir las actividades, objetivos y la forma de alcanzarlos.
- **Implicación en el trabajo:** La persona transforma el trabajo en su vida, pues realiza labores aún en sus horas de descanso, transformando su casa en una oficina.

- **Preocupación por el rendimiento:** La persona no disfruta las actividades que cumple, ya que utiliza los resultados como parámetro de evaluación.
- **Pocos intereses:** La persona pierde interés por otras actividades que no sean el trabajo, en consecuencia, tiene dificultades para relacionarse con otras personas.

Para Enríquez (2012) la personalidad Tipo A “es más propensa a sufrir alteraciones en su salud, debido a la intensa participación que asume en sus funciones rutinarias” (p. 31).

Por otra parte, Caldas (2010) indica que “este tipo de personalidad, generalmente va asociada con el distanciamiento de la persona de su entorno, en la medida que la excesiva competitividad que tiene, afecta las relaciones con los demás” (p.19).

Con referencia lo indicado, podemos indicar que en este tipo de personalidad, el individuo prácticamente convierte el trabajo en su vida, utilizando los logros que obtiene, como una constante evaluativa de su desempeño, de ahí que, esta vehemente y constante motivación por resultados, impide el compartir y disfrutar tiempo de calidad con su familia, generando cambios negativos en su carácter y salud, razón por la que, se produce un distanciamiento con su entorno familiar.

Así pues, las personas con este tipo de personalidad Tipo A, son más propensas a tener altos niveles de estrés, y si no hay el afrontamiento apropiado, repercutirá negativamente en el bienestar integral del individuo, razón por la que, se vuelven más propensos a trastornos cardiovasculares, que se potencian aún más, si se hace uso cotidiano del cigarrillo u otro tipo de droga. Es por tanto muy importante, que la persona concientice sobre su nivel de auto exigencia, tratando de implicar menos actividades laborales, aprender a relajarse, en consecuencia, logrará disfrutar y hacer una vida mucho más plena consigo mismo y su entorno familiar y social.

1.1.2.2. Estrés

La palabra estrés tiene un origen no relacionado al campo de la psicología ni sociología. Hace referencia a la fuerza que se aplica sobre un determinado objeto, misma que puede causar deformaciones o alteraciones en su estado natural. Esta situación de orden física, fue incorporada a la psicología señalando aspectos que pueden incidir en una persona,

causándole una descomposición del equilibrio entre sus sentimientos, emociones y conductas.

Le Scanff (2009) lo define como:

El estrés es una reacción de adaptación de cambio. Ahora bien, para sobrevivir no dejamos de adaptarnos a las modificaciones del entorno. La cuestión es saber en qué momento el estrés se vuelve perjudicial para nuestra adaptación. Pero también cuales son las consecuencias reales del estrés sobre la salud o la calidad del tratamiento de información y, sobre todo si existen medios para hacerle frente. (p. 34)

Por otra parte, Ferran (2009) lo define de la siguiente manera:

El estrés es un estado de agotamiento mental, emocional y físico provocado por la persistente búsqueda de la consecución de un objetivo cuando la posibilidad de logro del mismo esta dramáticamente opuesta a la realidad. Es una reacción a los estresores que se caracteriza por sentimientos de agotamiento emocional, una actitud hacia los sujetos negativa y un descenso en el rendimiento físico. (p. 41)

González (2010) presta la siguiente definición:

El estrés es un estado en donde la persona ha perdido el control de sus actividades, produciéndole estas varias afecciones a su salud física y mental. El estrés implica reacciones no comunes en la persona que se producen por situaciones que no puede manejar apropiadamente. (p. 20)

Las definiciones presentadas, permiten inferir que el estrés se produce en base a la falta de una efectiva capacidad de manejar las cosas que se presentan en la vida. No existe por lo tanto una adaptación efectiva. De esta manera, cuando el proceso de adaptación no ha sido adecuado, tiende a producirse desequilibrios que se manifiestan en cambios en el estado de la persona que alteran su normal comportamiento, razón por la cual, el estrés puede ser definido como un proceso resultante de ocurrencias que una persona vive y que influyen su estado o situación, provocándole cambios en su personalidad y comportamiento.

Las diversas reacciones existentes producidas por el estrés, van adquiriendo mayor impacto en la persona en la medida que los factores externos permanecen. De esta manera, personas vulnerables a tener altos niveles de estrés, son justamente aquellas en donde su entorno no es adecuado o a su vez está sometido a mucha presión. Se entiende que aspectos laborales

son muy comunes de causar estrés, producto a que estos se transforman en la vida propia de la persona.

1.1.2.3. Apoyo social

Gracia (2010) define el apoyo social como: “Un conjunto de recursos que cada persona utiliza para superar una crisis que lo afecta y le impide mantener un comportamiento adecuado en la vida” (p. 19).

Para Gil (2012) el apoyo social es “la conformación de redes de apoyo social natural que una persona requiere para poder superar aspectos que atraviesa y que pueden afectar su salud” (p. 103).

Por otra parte Barron (2011) define el apoyo social como: “Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia” (p. 129).

En consecuencia a lo señalado, se considera que es fundamental que toda persona cuente con redes de apoyo, asistencia y direccionamiento en las actividades que cumple. El apoyo social agrupa un conjunto de recursos humanos y materiales orientados a ayudar a la persona que producto de situaciones adversas se ha visto afectada, en donde el respectivo e imperativo apoyo no necesariamente debe darse por parte de un profesional, sino intervienen amigos, familiares, compañeros de trabajo, entre otros.

Por consiguiente, es importante contar con adecuadas redes de apoyo, tanto naturales, que corresponden a su entorno familiar y conocido más cercano, así como también, las diferentes instituciones u organizaciones de ayuda, las mismas que en su conjunto nos facilitarán la asistencia, orientación y guía apropiada, para evitar sumirnos en comportamientos inadecuados.

1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica

Ruiz (2010) define a la inflexibilidad psicológica como: “Una inhabilidad para controlar el comportamiento de la persona. En este caso, los eventos que ocurren dentro de su vida le provocan reacciones, muchas de las cuales son nocivas tanto para sí mismo como para los demás” (p. 41).

Para Aragón (2008) la inflexibilidad psicológica puede definirse como:

Un comportamiento en el cual la persona que se siente afectada busca evadir el problema, tratando de omitirlo, aunque no de solucionarlo. Esta situación da lugar a una supresión parcial o total de la realidad, lo que no da en la mayoría de casos soluciones efectivas. Los comportamientos comunes ligados a esta situación son generalmente el retraimiento, la pérdida de interés, la falta de motivación para cumplir con sus responsabilidades. (p. 35)

Por otra parte, Reichenberg (2011) la define como:

La incapacidad que tiene un individuo de controlar los aspectos que vive, siendo vulnerable a efectos que pueden afectar su condición individual y su entorno. Evade constantemente sus responsabilidades, siendo incapaz de cambiar la realidad y aceptarla. Como consecuencias sufre diferentes reacciones entre las cuales están la pérdida de salud, cambio en su comportamiento y aislamiento del entorno. (p. 84)

Por consiguiente, podemos inferir que, la inflexibilidad psicológica implica una condición en la persona, que sumado al entorno en el cual vive, dé como resultado el que no pueda controlar lo que sucede, siendo afectado en su salud física y mental. En consecuencia, a causa de lo vivido, la persona va alterando su comportamiento, lo que a la vez le produce incapacidad para relacionarse con los demás y poder sobrellevar de manera efectiva los problemas que tiene. Esta rigidez, impide en gran medida, cambiar rasgos de personalidad, necesitando que para que ello suceda, se aplique un debido y apropiado afrontamiento, mismo que le permita adaptarse a la dinámica social.

1.1.2.5. Compromiso vital

Según Frydman (2011) lo define como:

Para que exista un compromiso, la persona debe actuar acorde a ciertas actitudes que son necesarias para producir resultados. Decide de manera libre y voluntaria asumir retos, afrontar problemas y buscar soluciones para que las metas fijadas se conviertan en una realidad. (p. 71)

Para Paglia (2009) “el desarrollo del compromiso está ligado a valores personales que permitan alcanzar el éxito y la plenitud del estado de una persona” (p. 53).

Por otra parte, para Ovejero (2009):

El compromiso es una actitud social en donde la participación de cada persona es vital en el entorno. Su desarrollo incluye una actitud de comportamiento que no se espera variar si esta da lugar a incidencias que pongan en riesgo su propia estabilidad y la de los demás. Una vez fijado el compromiso este se va desarrollando conforme las actitudes, en base a una firme convicción y creencia que lo que se hace es lo correcto. (p. 45)

Los conceptos anotados, presentan una visión amparada en teorías sociales referente al compromiso, en las cuales se señala que la integración de las personas en la sociedad produce que cada individuo asuma un comportamiento determinado que permite alcanzar un orden general. Se considera importante diferenciar la compasión y el compromiso. La primera es un comportamiento dado por quienes están exentos al problema y que no conducen a una solución adecuada. El segundo, por el contrario, es una integración de la persona afectada con su entorno, estableciendo acciones que buscan revertir la situación actual.

El compromiso debe ser cultivado, es decir debe partir de varias acciones en las cuales la persona decide actuar de una manera determinada, considerando que esta es correcta. Por consiguiente, se pueden identificar ciertas características inmersas en el compromiso que se describen en los siguientes aspectos:

- Existe una firmeza de la persona por lograr algo que considera necesario.
- Existe una voluntad para afrontar y superar dificultades.
- Se actúa en consecuencia de algo previamente establecido.
- Existen metas fijadas previamente que permiten visualizar un camino a seguir.

Como se observa, la salud mental desde este punto de vista, es una consecuencia de varios compromisos que la persona realiza, los cuales le mantienen motivada para alcanzar un mejor desarrollo, los mismos que le permiten tener mayor capacidad de afrontamiento, aspecto que da lugar a mecanismos que evitan afecciones en base a los problemas presentados.

Entonces, se puede concluir que la interrelación existente entre cada persona con su entorno da lugar a necesidades, deseos, voluntades que van forjando los compromisos que se asumen para alcanzar metas. La salud mental, encuentra en el compromiso una situación de

incentivo y alcance, dado por la motivación que ejerce en cada individuo el buscar situaciones que le permitan alcanzar el buen vivir.

1.1.2.6. Resiliencia

Schneider (2009) define a la resiliencia como: “Una capacidad inmersa en las personas que les permiten afrontar las situaciones adversas alcanzando un estado adecuado para desenvolverse de manera adecuada, con control de los actos que realiza” (p. 72).

Para Gamboa (2011) la resiliencia se define como: “La capacidad de una persona para superar situaciones que vive y que tienden a afectar su estabilidad. Establece mecanismos que permiten sobreponerse a períodos que provocan dolor en la persona y que pueden ser calificadas como situaciones adversas” (p. 43).

Complementando lo expuesto, Forés (2012) lo define como:

El afrontamiento de adversidades que suceden en la vida y que permiten a la persona adaptarse a su entorno y seguir viviendo. Representa la superación de traumas, amenazas o estrés producido por determinadas circunstancias vividas y que de una o varias formas tienden a afectar la estabilidad en el individuo. (p. 34)

Por consiguiente, podemos colegir que, como consecuencia de situaciones vividas, una persona puede verse afectada por situaciones adversas, las cuales generan una serie de respuestas como la alteración de su comportamiento, forma de ser, conducta, personalidad, entre otros. Sin embargo, a medida que va afrontando la situación adversa, se va reponiendo progresivamente hasta volver a un estado normal. Por consiguiente, se puede indicar que la resiliencia es un proceso dinámico que conduce a un estado de bienestar en la persona y le permite mejorar su relación e integración. Se puede entender que existen etapas que permiten la recuperación de una situación adversa. De ahí que, Siebert (2011) expone la existencia de un modelo fundamentado en etapas que permiten a la persona superar dificultades, y estas son:

- Optimizar su salud y su bienestar.
- Desarrollar una buena capacidad para solucionar problemas.
- Desarrollar guardianes interiores fuertes.

- Desarrollar habilidades de resistencia de alto nivel.
- Descubrir su talento para la serendipia. (p. 25)

Como podemos analizar, lo sugerido por Siebert, implica que cada etapa se fundamenta en la anterior, es decir que para desarrollar habilidades y fortalezas para resistir, hay que seguir la jerarquía de las cinco etapas, en consecuencia, se empezara por mantener una buena salud y energía positiva; mejorar la capacidad analítica y creativa para resolver problemas; reforzar nuestra confianza, autoestima y auto concepto; desarrollar ciertos atributos que son muy característicos de las personas altamente resilientes, y finalmente construir habilidades para la serendipia, que es la cualidad para advertir que se ha logrado descubrir algo importante, más allá de que ésta no guarde una relación con lo que buscaba originalmente, es decir como una carambola.

1.1.2.7. Ansiedad y depresión

Trickett (2011) define a la ansiedad de la siguiente manera:

La palabra ansiedad viene de un vocablo latino que significa preocupación por lo desconocido y también está relacionada con la palabra griega que significa comprimir o estrangular. La ansiedad es una reacción frente a la vida en el mundo. Forma parte de nuestro mundo, tanto como el comer. (p. 15)

Por otra parte Retamal (2008) define a la depresión como:

La depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos como tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc., y físicos como disminución de la libido, anorexia - hipofagia, etc. (p. 10)

Para Luciani (2012) identifica consecuencias referentes a la ansiedad:

- A nivel del organismo, la ansiedad provoca un aumento en los niveles de azúcar en la sangre.
- Se produce tensión muscular, razón por la que, la persona experimente dolor de espalda y extremidades.

- La ansiedad reseca constantemente la boca de la persona, por lo que la rehidratación es necesaria.
- Aumenta las palpitaciones del corazón.
- Provoca dolor de cabeza.
- Incrementa el nivel de cansancio y fatiga en la persona.
- Da lugar a impotencia.
- Se presentan de manera recurrente espasmos en el colon.
- Presenta casos de diarrea o estreñimiento.
- Es frecuente el insomnio.
- La persona pierde su capacidad de concentración.
- Se presenta un sentimiento de tensión permanente (p. 65).

Finalmente, el mismo Luciani (2012) clasifica la depresión en:

- **Monopolar**

Aquella que alude a la presencia de un polo de tristeza patológica o de euforia patológica, siendo en este caso, que la persona se vea afectada por uno de los dos trastornos.

- **Bipolar**

A diferencia de la anterior, en este caso la persona se ve afectada de manera paralela por la tristeza y la euforia patológica. En este caso, la depresión es maniaco-depresiva.

- **Primaria**

Alteración del estado del ánimo sin que tenga como elemento causal una determinada enfermedad, sino al contrario, se da por circunstancias producidas en su entorno.

- **Secundaria**

Existencia de diversas enfermedades somáticas o psiquiátricas, teniendo como posible factor causal una enfermedad orgánica como el hipotiroidismo, cáncer, entre otros.

- **Endógena**

Presenta pocos desencadenantes psicológicos externos, la cual se distingue por características sintomáticas como el insomnio principalmente.

- **Reactiva**

Se desencadena por situaciones externas, situación que afecta a la persona provocándole tristeza, desesperación, angustia, malestar, entre otras. (pp.109-112)

En consecuencia, se identifica que la ansiedad es un trastorno emocional, que puede describirse como un sistema de alerta que informa la existencia de un riesgo que puede afectar la condición de una persona, por lo que esta provoca varias reacciones en el organismo que se mantienen constantes, aunque estas no alteran la capacidad de la persona por sentir satisfacción o placer. Por otra parte, la depresión es un trastorno emocional que afecta a la persona provocándole tristeza y desgano frente a las actividades que cumpla, de ahí que su presencia genera un malestar en la persona, lo que afecta su normal desenvolvimiento.

Conforme lo expuesto, se evidencia diferencias entre la depresión y la ansiedad, las cuáles se dan principalmente en la pérdida del placer en las actividades cumplidas, teniendo en cuenta que mientras en la ansiedad no se elimina el placer, en la depresión si, siendo esta una situación que genera mayor gravedad en las afecciones provocadas.

1.1.2.8. Satisfacción vital

La persona alcanza un nivel de satisfacción cuando puede cubrir con sus necesidades. En este caso, encuentra un estado de plenitud, en donde va logrando los objetivos propuestos.

De esta manera, la satisfacción puede definirse como un estado en el cual la persona ha logrado cubrir con sus requerimientos lo que le produce un estado de bienestar.

González (2011) indica sobre la satisfacción que:

La satisfacción es un estado ideal en donde los requerimientos han sido atendidos de manera oportuna y adecuada. Para analizar la satisfacción es necesario evaluar las necesidades de la persona. En este caso, a medida que estas se vayan cubriendo, el individuo experimenta un estado adecuado que le conduce a disponer de una buena salud mental. (p. 92)

Para Dutka (2010) señala que:

Es necesario que cada persona supere momentos adversos, aprendiendo de estos para poder llegar a mejores condiciones que le produzcan satisfacción, la misma que no es permanente sino va produciéndose a lo largo de la vida. En este caso, la persona va experimentando vivencias las cuales en ocasiones se relacionan a sus deseos y otras son totalmente contrarias a lo que esperaba. (p. 44)

Finalmente, para Leturia (2010), la satisfacción vital se puede definir como “la valoración que cada persona realiza sobre su vida en donde considera los logros y fracasos, definiendo nuevas expectativas que le impulsan a crecer” (p. 56).

Es así que, se considera que la participación constante y las decisiones que tome cada persona acorde a sus requerimientos y necesidades, serán determinantes en los niveles de satisfacción que tenga. Cuando no se logran las metas, puede utilizar las falencias ocurridas como un aprendizaje, modificando la dirección de sus acciones, para a futuro mejorar lo alcanzado. En consecuencia, si los requerimientos no son cubiertos, las falencias pueden afectar su estado de bienestar, siendo la insatisfacción un camino hacia la depresión.

Por consiguiente, en diferentes etapas de la vida, la persona evaluará lo alcanzado, definiendo lo que considera ha sido positivo y negativo, información que le permitirá organizar sus ideas y plantearse nuevos retos, por ende es fundamental que desarrolle una amplia capacidad de afrontamiento, en la medida que esta evita que se desmorone y por lo tanto se vea afectado en su condición y calidad de vida.

1.2. Consumo de drogas

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los graves problemas que aquejan a la sociedad, afectando a la población en general. Las tasas de consumo han aumentado aceleradamente a nivel nacional, lo que señala la necesidad de desarrollar estudios que permitan identificar las causas y consecuencias. Según datos del Cuarto Estudio Nacional sobre el consumo de Drogas realizado por el CONSEP en 53 ciudades del país, el 5,3% de la población reconoce haber consumido drogas al menos una vez, mostrando una realidad de alto riesgo. (Consumo de Drogas, 2014)

1.2.1. Consumo de drogas

González (2012) indica que, “la persona va perdiendo el control sobre el uso de las drogas, al punto que en corto tiempo se vuelve indispensable para su organismo” (p. 12).

Por otra parte, Rossi (2010) señala que “el consumo de drogas produce severas consecuencias a la salud física, mental, familiar y social, las cuales en muchos casos son irreversibles” (p. 84).

Finalmente, García (2011) indica que “entre las enfermedades directamente relacionadas con el consumo de drogas se encuentran la hepatitis, cirrosis y los trastornos cardiovasculares” (pág. 14).

En consecuencia, y considerando que la droga es una sustancia o preparado de efecto estimulante, narcótico o alucinógeno, con altos niveles de toxicidad para el organismo, la secuela derivada de su consumo sin duda alguna producirá serias afectaciones y alteraciones en su cuerpo, conducta y las relaciones con su entorno. Inicialmente su consumo provoca una sensación placentera que va desarrollando altos niveles de dependencia, dado que su abstinencia conduce a una depresión, por lo que da lugar a un círculo vicioso de consumo.

El consumo de drogas tiende a producir ansiedad en la persona, teniendo una necesidad en aumento de su consumo, aspecto que se basa en la dependencia que el organismo va desarrollando, razón por la que, va limitando su capacidad de decisión al punto que demanda del consumo para poder vivir, en consecuencia, la gravedad de los efectos derivados del consumo de drogas, generaran que la persona experimente cambios constantes que van minando y afectando su condición bio-psico-social.

Desde el punto de vista físico, la salud de la persona se ve mermada debido a que el organismo experimenta cambios constantes, debilitándose progresivamente y afectando su normal desempeño. En consecuencia, varias enfermedades están de manera directa relacionada con el consumo, razón por la que, en todos estos casos, el organismo experimenta problemas en cuanto a la funcionalidad de los diferentes órganos, afectados por las toxinas consumidas.

A nivel mental, el consumidor experimenta depresión aguda, psicosis y paranoia, perdiendo el control de su propio comportamiento que va asociado con un profundo aislamiento que afecta aún más su condición, de ahí que su integración en diferentes entornos va reduciéndose y produciendo mayor ansiedad. Por consiguiente, la estructura familiar se descompone, causando a la vez dolor y desamparo en padres, hermanos, hijos, cónyuge, entre otros, y consecuentemente su uso y abuso indiscriminado le conducirá a una muerte segura, destruyendo consigo su entorno, siendo las personas cercanas testigos impotentes de ver y sentir cómo va apagando su vida.

Por ello, es importante identificar el proceso de consumo, para analizar los comportamientos comunes que van determinando el nivel del problema existente y poder establecer medidas de apoyo efectivas. Estévez (2010) indica “que por factores como la frecuencia, tipo de droga

entre otros, puede clasificarse el consumo” (p. 81). Entre las clasificaciones más comunes se encuentran las siguientes:

- **Consumo primario:** Es el primer nivel del consumo en el cual la persona es inducida a su consumo, creyendo que su uso le proporcionará varios beneficios como superar los problemas, curiosidad, presión social, convertirse en una persona popular y reconocida, etc., pero desconociendo realmente los serios riesgos y consecuencias a los que se expone.
- **Consumidor ocasional:** Una vez iniciado el consumo y experimentado sensaciones de placer, la persona va introduciéndose en el consumo, de modo que, en primera instancia lo realiza en determinadas ocasiones como fiestas y reuniones sociales, sintiendo bienestar y mejores capacidades de socializar. En el caso de tener problemas, experimenta mayor seguridad para afrontarlos, olvidándose por momentos de los mismos, encontrando en las drogas un escape, en consecuencia, la frecuencia en el consumo, así como la variedad de drogas va aumentando, provocando paso a paso una dependencia.
- **Consumidor habitual:** La persona va aumentando su consumo en el tiempo y en cantidad, por lo que va sintiendo la necesidad de consumir la droga, buscando repetir la sensación de placer, razón por la que en este punto empieza a cambiar su comportamiento, buscando recursos económicos para poder mantener el vicio, de ahí que, a diferencia del consumo ocasional que generalmente se realiza en eventos sociales, en compañía de amigos, entre otros, el consumo habitual va cumpliéndose sin patrones de consumo, pudiendo la persona estar sola o acompañada. En este nivel, el organismo va cayendo en una dependencia produciendo ansiedad y desesperación por el consumo, de ahí que la cantidad de drogas aumenta, la frecuencia de tiempo disminuye, dando paso a una situación en donde la persona va perdiendo totalmente el control.
- **Drogadicción:** Es el último nivel de consumo, en consecuencia, la persona mantiene elevados porcentajes de toxicidad en el organismo poniendo en riesgo su vida, razón por la que el consumo frecuente ha caído ya en una absoluta dependencia del organismo tanto física como psicológica, obligando a la persona a aumentar la dosis de consumo, por consiguiente, la persona se encuentra vulnerable a los efectos de la droga, encontrándose en un alto nivel de peligro.

Todos los niveles señalados tienen riesgo y producen problemas a la persona, ameritando asistencia inmediata, razón por la que, el consumo problemático se va dando en la medida

que el individuo va sintiendo la necesidad del consumo, no pudiendo controlar la necesidad, lo que le conduce a la drogadicción.

1.2.2. Consumo problemático de alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud:

El abuso del alcohol va dando lugar al alcoholismo, el cual se define como un estado psíquico y normalmente también físico, derivado de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre entrañan una compulsión de tomar alcohol sobre una base continuada o periódica. (OMS, 2011)

Por otra parte, Santander (2012) define al consumo problemático de alcohol “como aquel en donde la persona no puede controlar el uso del alcohol, sintiendo la necesidad de consumirlo para sentirse a gusto” (p. 12).

Finalmente, Ortega (2012) indica que “el consumo problemático tiene lugar cuando la persona pierde la noción de consumo y empieza a aumentar la frecuencia en el uso de alcohol, sin importar hora o día” (p. 120).

Por lo tanto, vemos que el problema del consumo de alcohol, va aumentando en la medida que la persona pierde el control sobre la bebida, y empiezan a presentarse trastornos médicos y problemas sociales, siendo uno de los factores que alientan su consumo, el fácil acceso de alcohol en la población, en donde si bien la legislación ecuatoriana prohíbe la venta a menores de edad, el acceso al producto no tiene mayores inconvenientes, convirtiéndose en un grave riesgo.

A nivel de la sociedad, el consumo de alcohol en muchas ocasiones tiene directa relación con aspectos como la popularidad, la integración, el liderazgo entre otros, pero no concientizando que su uso y abuso discriminado, causa serios daños en el organismo. El alcohol tiene la característica de que ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, disminuyendo la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y el funcionamiento del cerebro, en consecuencia, sus efectos inician aproximadamente a los 10 minutos de consumir alcohol, debiendo pasar por el hígado para descomponerlo, de ahí que, y acorde al nivel de alcoholemia, la persona va experimentando diversos síntomas.

Según datos de MedlinePlus, estos pueden ser clasificados de la siguiente manera:

Tabla 1. Síntomas por consumo de alcohol

Nivel de alcohol en la sangre	Sintomatología
0,05	Disminución de las inhibiciones
0,10	Dificultades en la pronunciación
0,20	Euforia y deterioro motriz
0,30	Confusión
0,40	Estupor
0,50	Coma
0,60	Parálisis respiratoria y muerte

Fuente: (Harris, 2014)

Al disminuir la inhibición, el alcohol produce un estado de satisfacción inicial que incentiva su consumo, sin embargo, va produciendo varios riesgos de diversa índole entre los cuales se encuentran:

- Alto riesgo de accidente automovilístico y otros accidentes.
- Comportamientos sexuales arriesgados, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual.
- Suicidios y homicidios.
- Cáncer a diferentes partes del organismo.

Por ello, el consumo problemático es aquel que presenta dependencia en su consumo, estado en el cual no se hace conciencia en la frecuencia y cantidad consumida, menos aún de los graves riesgos a su salud y el deterioro de su entorno familiar, laboral, social.

1.2.3. Causas del consumo de drogas

Existen varias causas que provocan el consumo de drogas, puesto que, depende de factores propios de la persona así como del entorno que lo rodea.

Para Chávez (2011), el consumo de drogas “no responde a patrones predefinidos, pudiendo cada persona tener diversas razones que le conducen a su uso” (p. 116).

Por otra parte, Fernández (2011) indica que “existen varias causas que provocan el consumo de drogas como la curiosidad, ansiedad, interés en descubrir cosas nuevas, presión social, depresión, entre otras. Esto implica que cada caso debe ser analizado para determinar sus orígenes” (p. 14).

Finalmente, Alcázar (2010) indica que “las causas del consumo de las drogas se deben a la falta de información y a la información incorrecta difundida en la sociedad” (p. 145).

Es así que, la falta de patrones en el consumo de drogas hace de este un problema que puede afectar a toda persona, independientemente de su edad, género, condición, entre otras, por lo que, y en consecuencia, en algún momento de su vida cada individuo puede ser vulnerable.

Es importante que en lo posible se clasifiquen las causas, conocer los factores que las producen, y de esta manera, proceder a buscar medidas que puedan minimizar los riesgos. Para una mejor comprensión de las causas existentes, se ha establecido una clasificación como aporte investigativo. A continuación, los resultados:

- **Curiosidad:** El consumo de drogas se muestra en varios medios como una actividad social, que apoya a mejorar las relaciones interpersonales, teniendo una amplia relación con la actividad sexual. Muchas películas internacionales, nacionales, videos musicales entre otros, plantean el tema de manera poco profunda, causando curiosidad en la persona para experimentar los efectos de su consumo, de manera que esta situación produce dudas que incentivan a la persona a probar las drogas, desconociendo en la mayoría de casos las consecuencias derivadas, por lo que el tener experiencias nuevas y riesgosas se convierte en un motivador para el consumo, siendo una situación en donde la persona busca vivir cosas nuevas, aun cuando estas produzcan comportamientos irreversibles.
- **Presión social:** La influencia de otras personas provoca que muchas de ellas, sean inducidas a consumir drogas, teniendo en cuenta que la necesidad de pertenecer a un grupo y de contar con la aceptación de los demás, provoca que la persona se introduzca en el mundo de las drogas. En consecuencia, esto es aprovechado por los traficantes para cautivar a las víctimas, dando lugar a un negocio ilícito altamente rentable, por consiguiente, en este caso, se conjuga aspectos como la carencia de autoestima, la necesidad de logro y afinidad con las malas influencias, dando paso al consumo.

- **Descontento con el estado vivido:** Problemas familiares, laborales, entre otros, hacen que la persona busque escapes que disminuyan el sufrimiento, de ahí que las drogas se convierten en un elemento capaz de hacer olvidar temporalmente las condiciones existentes, por lo que su consumo se convierte en una alternativa, pues las condiciones desfavorables vividas, las crisis y el dolor existente son factores que hacen vulnerable a la persona, quien busca salidas temporales, desconociendo los daños que estas provocan.
- **Fármaco dependencia:** El cumplimiento de tratamientos médicos permite que la persona experimente sensaciones de bienestar que van causando dependencia, razón por la que, y posteriormente, aun cuando el organismo no demanda de la continuidad de consumo de drogas prescritas, la persona continua con esta práctica, puesto que el comportamiento se relaciona con la búsqueda de experiencias nuevas, convirtiendo a la persona en un adicto.

Lo expuesto, describe una situación general en los diferentes países que no han sabido consolidar mensajes claros sobre los riesgos existentes en el consumo. De ahí que, la persona tiende a consumir drogas buscando diversas sensaciones relacionadas a aliviar sus penas, integrarse de mejor manera, relajarse, entre otras. Además, considera que siempre y bajo toda circunstancia puede mantener el control en el consumo, hecho que no se da, por lo que esto lo expone a convertir a un consumidor ocasional en un drogadicto, nivel que es altamente probable por la dependencia que provoca las drogas en el organismo.

1.2.4. Consecuencia del consumo de drogas

Las consecuencias del consumo de drogas en todos los casos son negativas. Aun en los primeros niveles cuando este es ocasional, provoca situaciones que afectan a la persona.

Sobre lo expuesto, Williams (2010) señala que “los efectos que produce el consumo de las drogas son indicadores que permiten identificar el problema, por lo que es necesario estar atentos a su ocurrencia” (p. 91).

Por otra parte, Nieto (2010) establece que “las consecuencias son de orden personal, familiar, social, económico y laboral” (p. 57).

Mientras tanto, Pullas (2012) señala que:

Las consecuencias del consumo de drogas deben ser evaluadas desde la perspectiva de la persona y la sociedad. La persona ve afectada su salud y capacidad de adaptación. La sociedad se ve debilitada, aumentando los riesgos de caer en una decadencia. (p. 64)

Finalmente, se cita a Holguín (2012) quien presenta una clasificación de las consecuencias, en donde profundiza el estudio de los aspectos fisiológicos y psicológicos. Estos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Consecuencias del consumo de drogas

Tipo	Consecuencias
Fisiológicos	Síndrome de abstinencia Cambio del ritmo cardíaco Deterioro del sistema nervioso Convulsiones
Psicológicos	Alucinaciones Tendencias paranoicas Depresión Neurosis

Fuente: (Holguín, 2012, pp. 117-119)

Por consiguiente, a medida que la persona va siendo víctima de las consecuencias señaladas, va perdiendo su capacidad de control, convirtiéndose en un esclavo de las drogas, razón por la cual, el deterioro de las relaciones sociales, los problemas económicos, sociales entre otros, perjudican el entorno del consumidor, aumentando la intensidad de las afectaciones señaladas. Los efectos en la mayoría de los casos son visibles y son producto de situaciones de inconformidad que afectan a la persona, de modo que, esto puede conducir a la detección del problema y a la puesta en marcha de medidas correctivas.

La drogadicción no diferencia edad, etnia, condición económica, estatus social, entre otros, afectando a las personas por igual, de ahí que, esto da lugar a que se convierta en un

problema que amerita la intervención de varias personas, buscando soluciones que deben recaer en mayor porcentaje en la prevención, pues la población debe plantear acciones que eviten el consumo de las drogas, tomando en cuenta que cuando esta ha causado dependencia, es complicada la recuperación de la persona, razón por la que, una adecuada información de los riesgos existentes, sumada a programas de capacitación y atención, entre otros, son acciones indispensables.

Como aporte investigativo, las consecuencias posibles a presentarse han sido clasificadas en tres niveles. El primero considerado inicial en donde la persona mantiene cambios en su comportamiento que son atípicos y que van produciéndose con mayor frecuencia; el segundo considerado medio en donde ya se evidencian afecciones de mayor gravedad, en consecuencia, la persona empieza a mostrar daños físicos y mentales; y finalmente el último nivel es considerado crítico, en donde las consecuencias han alcanzado una alta afección pudiendo conducir a la muerte.

A continuación, se detallan los niveles conformados:

Nivel Inicial:

Como indica su nombre, el nivel inicial se produce cuando el consumo es primario y ocasional, y se caracteriza por las siguientes situaciones:

- **Cambio de amistades:** La persona cambia de amistades, adquiriendo nuevos hábitos en su comportamiento, debido a que por lo general tiene malas influencias, siendo una situación que da lugar a la mayor accesibilidad a las drogas.
- **Cambio de actividades:** La persona empieza a comportarse de manera poco habitual dado que realiza cambios drásticos como el retiro de sus estudios, renuncia al trabajo, separación de su familia, entre otros. La persona aumenta las salidas, incumpliendo horarios, por lo que empieza a tener problemas con otras personas.

En el nivel inicial, la persona empieza a mostrar variaciones de las actividades que anteriormente disfrutaba realizar, siendo el primer indicativo para determinar la existencia de algún problema.

Nivel Medio:

A medida que el consumo de drogas aumenta, la persona experimenta las siguientes consecuencias:

- **Pérdida de objetos:** Se empieza a perder objetos del hogar como equipos, joyas, accesorios, etc., van desapareciendo sin mayor explicación.
- **Cambio en el estado de ánimo:** La persona mantiene cambios en su comportamiento y estado de ánimo por lo que presenta altos niveles de irritabilidad que le provoca discusiones con los demás, razón por la que presenta agresividad con otras personas, por lo que va aislándose de su entorno.
- **Desgaste de la situación económica:** La persona incurre en deudas económicas, incumpliendo los pagos, entonces su situación va acompañada de embargos, despidos, entre otros.
- **Descuido en su apariencia y desmotivación:** La persona va perdiendo el interés en su presencia física, presentando descuido en su aseo, de manera que además, se desmotiva de las actividades que anteriormente disfrutaba.

En esta etapa es común la baja autoestima, la presencia de ojos irritados, casos de violencia, riñas que pueden asociarse a problemas legales. Así pues, las consecuencias descritas principalmente en estos dos niveles iniciales, marcan mecanismos para su detección los cuales no deben ser pasados por alto.

Nivel Crítico:

El consumo de drogas va provocando daños en el organismo por lo que a nivel físico la persona muestra un aspecto cansado, aparece acné en el rostro, brazos y tronco, además pierde peso y cabello, de ahí se asocia a enfermedades en donde se evidencia un mal funcionamiento del organismo. Entre otros efectos se tienen los siguientes:

- **Altos niveles de violencia.** La persona puede incurrir en asesinatos, suicidio, maltrato a otras personas.
- **Actos delictivos.** La desesperación de la persona por adquirir la droga hace que la persona participe en actos delictivos.
- **Destrucción de la familia.** El entorno familiar se descompone, víctima de la drogadicción.

En esta etapa la persona se ve afectada de tal modo, que es incapaz de controlar su consumo, por lo que la muerte es una probabilidad en la medida que la persona ha incrementado su consumo y frecuencia.

1.3. Adolescentes

Para Altamirano (2011), la adolescencia es “una etapa de la vida posterior a la niñez, en la cual la persona experimenta grandes cambios físicos y psicológicos. Generalmente inicia entre los 10 a 12 años de edad y termina a los 19 o 20 años” (pp. 12-17).

Por otra parte, Gallego (2010) la define en base a la edad de la persona. Expone lo siguiente:

El inicio de la adolescencia se da entre los 10 a 14 años en las niñas, 11 a 15 años en los niños. La adolescencia media se presenta desde los 14 hasta los 19 años y la juventud entre los 19 a 20 años. Puede extenderse hasta los 24 años. (pp. 18-21)

Para Ortega (2012) la adolescencia es: “Un período en la vida en donde la persona experimenta cambios propios del término de la infancia e inicio de la adultez. El organismo completa su desarrollo físico” (p. 202).

Por lo tanto, podemos evidenciar que en la adolescencia, la persona va teniendo cambios biológicos, psicológicos y sociales, consolidando una personalidad y forma de ser que le permite tener una identidad. Puede señalarse a la etapa como intermedia entre la infancia y la edad adulta, siendo esencial para preparar a la persona a alcanzar su madurez. A continuación, se detallan los rasgos más característicos de los cambios producidos:

1.3.1 Desarrollo biológico

En la adolescencia, el cuerpo humano afronta importantes cambios, preparándose para la maduración sexual. Latorre (2011) indica que “el desarrollo biológico se evidencia en factores como altura, peso, cambios físicos” (p.41).

Para Delval (2009), “el desarrollo biológico presenta cambios graduales de tamaño, forma y funciones durante la vida” (p. 56).

Por otra parte, Martin (2010) indica que “el desarrollo biológico representa un proceso natural en donde el organismo se va transformando acorde las etapas de vida en las que una persona se encuentre” (p. 201).

Tomando como referencia los conceptos señalados, el desarrollo biológico en los adolescentes experimenta cambios graduales de suma importancia como altura, peso corporal y sexualidad.

- **Altura**

Se presenta un pronunciado crecimiento óseo que establece un aumento de la talla en la persona de aproximadamente 8 a 10 cm., sin embargo, el crecimiento no mantiene un patrón homogéneo, es decir, sus extremidades, tronco y cabeza mantienen ritmos diferentes de desarrollo, lo que produce dificultades en el control motriz. Además, el nivel de crecimiento depende de la persona, presentándose en unos de manera acelerada y en otros tardía. Al respecto, Urrutia (2012) describe a esta etapa como “difícil para la persona debido a la constante experimentación de cambios en su organismo y forma de ser” (p. 12).

- **Peso corporal**

En la adolescencia se produce un aumento de la grasa corporal, lo que les permite tener una considerable ganancia de peso de aproximadamente 2 kg por año hasta alcanzar al término de la adolescencia el 50% del peso ideal. En cuanto al peso, se producen diferencias de desarrollo entre el hombre y la mujer; mientras el primero mantiene proporción entre el aumento de masa y la talla, en las mujeres el peso sigue aumentando mientras la talla no.

En base a lo expuesto, Vergara (2010) indica que “en los hombres el 40 a 45 por ciento del peso corporal se encuentra distribuido en los músculos, mientras que en las mujeres en grasa corporal” (p. 34). En consecuencia, en el hombre existe un pronunciado crecimiento muscular lo que va relacionado con el aumento de la fuerza.

- **Cambios sexuales**

Dentro de los cambios físicos, uno de los de mayor relevancia es el sexual, en esta etapa tiene lugar una amplia diferenciación entre el organismo femenino y masculino, así pues, en las mujeres inicia la etapa de la menstruación, lo que da paso a la posibilidad de la reproducción sexual.

Existen características diferenciadas referentes a estos cambios, así pues, en las mujeres empieza por la aparición del botón mamario, en donde se produce un agrandamiento del tejido glandular que se encuentra en la areola. El desarrollo mamario continúa en toda la adolescencia hasta adquirir una forma definitiva, y los genitales cambian de aspecto, los labios mayores aumentan de tamaño, al igual que las trompas de Falopio. La vagina adquiere una profundidad de 10 cm, dando paso a la primera menstruación. Aparece también vello púbico el cual se ubica principalmente a lo largo de los labios mayores. (Joss, 2011, pp. 21-34)

En los hombres, se presenta un crecimiento testicular acompañado de un agrandamiento de la próstata, de ahí que, esto permite el desarrollo de espermatozoides, proceso que tiene lugar desde los 12 a 15 años de edad generalmente. El pene aumenta de longitud produciéndose las primeras erecciones con eyaculación nocturna principalmente. Aparece vello púbico, también axilar. En el cuerpo el vello de brazos, piernas y cara aumenta preparando a la persona para su madurez. (Joss, 2011, pp. 45-60)

Gómez (2014) indica que los rasgos más característicos producidos en la adolescencia pueden describirse de la siguiente manera:

Tabla 3. Rasgos físicos en la adolescencia

Mujeres	Hombres
Emergencia de los pechos	Crecimiento de los testículos
Aparición del vello púbico	Crecimiento del pene
Ensanchamiento de las caderas	Aparición del vello púbico
Primer período menstrual	Estirón en el crecimiento
Compleción del vello púbico	Cambios en la gravedad de la voz
Desarrollo final del pecho	Aparición de la barba
	Compleción del vello púbico]

Fuente: (Gómez, 2014)

Los cambios en los caracteres sexuales pueden ser clasificados como primarios y secundarios. Al respecto Chiriboga (2012) indica que “los primarios están implicados directamente en la reproducción” (p. 17). De ahí que, podemos indicar que en las mujeres los cambios primarios se caracterizan por el crecimiento del útero, el revestimiento vaginal más grueso y la menstruación; en tanto que en los hombres, por el crecimiento testicular, el escroto y la eyaculación. Por otra parte, los caracteres secundarios en las mujeres se manifiestan por aumento de la aureola del pezón y aumento del pecho, mientras en los hombres se manifiesta por el cambio en la voz, vello de la cara y cuerpo y vello nuevo en la zona púbica y axilas.

1.3.2 Desarrollo social

Pachano (2011) señala que:

Es característico en la adolescencia que la persona pase más tiempo con amigos y menos con los familiares. El adolescente requiere de espacios que los utiliza para fortalecer sus relaciones, empezando a tener alto interés por el sexo opuesto. El desarrollo social implica una mayor necesidad y capacidad para relacionarse, compartir con los demás e integrarse en los entornos en donde se vive. (p. 32)

Para Domínguez (2010) el desarrollo social es “la capacidad que adquiere una persona que le permite adaptarse al entorno y compartir con otros, dando lugar a un crecimiento” (p. 102).

Finalmente, para Boza (2009), el desarrollo social puede definirse como “un proceso en el cual la persona adquiere mayores competencias para integrarse con los demás y conformar grupos de interés” (p. 105).

Los criterios anotados, permiten entender que el desarrollo social comprende acciones que facilitan a una persona relacionarse con los demás, así que en la etapa de la adolescencia, las amistades adquieren gran importancia, por lo que, existe la necesidad de integrar grupos de pares, y en consecuencia, ser aceptado y reconocido, pues las necesidades de afinidad se manifiestan ampliamente, pudiendo producto de su no satisfacción experimentar períodos de rechazo. De este modo, el adolescente va adquiriendo mayor independencia, formándose como persona y definiendo con mayor claridad sus gustos y preferencias, razón por la cual, en esta etapa se consolidan actividades que disfruta, relacionándose con entornos en las cuales pueda desarrollarlas.

Teniendo en cuenta que, en la adolescencia existe una alta necesidad de alcanzar una identidad propia y relacionarse con otras personas, el adolescente experimenta una mayor independencia, de ahí que, se convierte más vulnerable a riesgos, tomando en consideración que pueden aparecer malas influencias que aprovechen la etapa para introducirle en actividades peligrosas o dañinas para su persona.

En cuanto a las relaciones familiares, estas aparentemente se debilitan, dado que el comportamiento del adolescente muestra un menor apego a los seres queridos, no queriendo compartir mayor tiempo con ellos. Esto no se debe exactamente a un rechazo, al contrario, es un comportamiento que refuerza su carácter y personalidad en la medida que explora nuevos entornos sobre los cuales aprende; no obstante, es fundamental que cuenten con la

supervisión y asistencia permanente de los padres quienes deben estar atentos a cambios inadecuados de comportamiento que puedan implicar riesgos a su integridad.

La necesidad de explorar el entorno, hacer nuevas amistades y experimentar nuevas aventuras, puede producto de la inexperiencia del adolescente, hacerle una presa fácil de riesgos como el consumo de drogas, alcohol, prostitución, delitos, entre otros, razón por la que, es fundamental, que cuente con una guía adecuada que evite este tipo de situaciones que afectan su normal crecimiento, es por esto que, la información en esta etapa sobre los cambios que experimenta, es esencial, debiendo acompañarse con una educación sexual pertinente para que pueda manejar su sexualidad con responsabilidad. Así pues, es de suma importancia que adquiera fuentes de información confiables, claras y efectivas que le ayuden a identificar situaciones de riesgo y pueda tomar acertadas decisiones.

En consecuencia con lo anteriormente dicho, el adolescente requiere de espacios que le permitan conocer más sobre lo que les rodea, puesto que su identidad va perfeccionándose, al punto que reconoce elementos que son de su interés, de ahí que la socialización se manifiesta de manera amplia, buscando afiliarse en diferentes entornos en los que aprende a compartir, relacionarse, integrarse en la sociedad; siendo todos estos aspectos preparatorios para que pueda desenvolverse de manera efectiva en la sociedad.

1.3.3. Desarrollo psicológico

Para Mena (2010), “la adolescencia presenta un comportamiento con gran cantidad de vaivenes emocionales que deben ser identificados para apoyar el proceso de cambio, brindándoles un entorno adecuado y seguro” (p. 12).

Por otra parte, Santander (2012) indica que “el desarrollo psicológico en la adolescencia es detectable por cuando existen alteraciones emocionales que hacen del carácter inestable. El estado de ánimo es altamente cambiante pasando de la tristeza a la alegría, enojo, entre otros” (p.34).

Otra definición, la cita Bergerón (2010) que indica que “en la adolescencia, el desarrollo psicológico se caracteriza por un menor interés en los padres, una mayor preocupación por el aspecto corporal, una mejor integración en grupo de amigos y el desarrollo de la identidad” (p. 114).

En consecuencia, podemos advertir que se evidencia un desarrollo psicológico en la etapa de la adolescencia caracterizada por cambios drásticos en su comportamiento. Se infiere que en

esta edad empieza una mayor socialización, mostrando un comportamiento orientado a conformar grupos con los amigos, con sus pares, de ahí que, existe una mayor preocupación por la apariencia física y la necesidad de aceptación. En consecuencia, es una etapa en la cual la persona esta expuesta a varios riesgos, justamente por la falta de experiencia y la presión social existente, aspecto que puede afectar su condicion, razón por la que, en esta etapa, el adolescente requiere de un apropiado y oportuno direccionamiento, además de apoyo constante para evitar que se vea afectado por situaciones como el consumo de drogas y otras circunstancias potencialmente negativas.

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1. General

Analizar las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09 en el año 2015.

2.1.2. Específicos

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09
- Elaborar informes de resultados del Centro Educativo perteneciente a la Zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09

2.1.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las variables asociadas a la buena salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09?
- ¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09?
- ¿Cuántos estudiantes se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09?
- ¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09?

2.2. Diseño de investigación

Dentro de la estrategia aplicada en nuestro trabajo de investigación de secuencia temporal y no experimental, realizada en la propia institución educativa y sin manipulación de variables, aplicamos los métodos estadístico descriptivo, que nos permite organizar, resumir y presentar los datos de manera informativa, y el transversal por cuanto la información recopilada de las variables en un momento determinado, las podemos correlacionar para ver la fuerza de la relación lineal entre ellas.

Para todo este proceso investigativo se recurrió a diversas fuentes bibliográficas y de campo, así pues, los primeros basados en el levantamiento de fuentes para disponer de conceptos referentes al tema que orienten la investigación, y los segundos basados en estudios de campo para determinar los resultados en los estudiantes del plantel seleccionado.

Conforme lo expuesto, la investigación busca disponer de un efectivo sustento teórico y de campo, y en consecuencia, permita identificar y analizar las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes objeto de estudio.

2.3. Contexto

La institución educativa en donde se realizó la investigación, es de tipo particular diurno, de educación mixta y corresponde a la zona No.4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04_09, siendo su ubicación geo-referencial el sector norte de la ciudad, al ingreso de la misma.

Cuenta con una infraestructura de 5.200 mts², distribuida en aulas académicas, laboratorios de informática y química, y espacios verdes recreativos. El modelo pedagógico aplicado es constructivista, el cual se cumple acorde a los siguientes lineamientos:

- La educación se concentra en el desarrollo integral de la persona. Esto implica una formación académica, fomento de su personalidad e integración en la sociedad.
- La educación busca desarrollar competencias, habilidades y destrezas adecuadas que le permitan conocer la realidad y promover cambios que mejoren su calidad de vida y de los demás.

- La educación se basa en principios y valores que preparen a la persona para afrontar la vida con optimismo y respeto hacia la diversidad.
- La educación se basa en desarrollar personalidades investigativas, capaces de analizar y formar su propio criterio. (Enriquez, 2010, p.12)

El modelo de enseñanza-aprendizaje hace de cada individuo una persona íntegra, fiel a principios y valores para conformar una sociedad justa, solidaria y productiva. El conocimiento no es una fuente estática sino dinámica, encontrando en cada estudiante un impulsador para su desarrollo.

Actualmente la institución presta servicios educativos en las áreas de educación inicial, educación básica, educación media y bachillerato. De esta manera, la población seleccionada para la investigación comprendió estudiantes de primer y segundo año de bachillerato, en consecuencia, sus edades oscilaron entre los 14 a 16 años, encontrándose todos debidamente matriculados en el año lectivo 2014-2015.

2.4. Población

Para la selección de la población y muestra objeto de este estudio, se siguió criterios subjetivos en el proceso de selección de la muestra, no probabilísticos, la cual será casual-accidental, no experimental. Esta cuenta con las siguientes características:

- 15 estudiantes matriculados en primer año de bachillerato
- 15 estudiantes matriculados en segundo año de bachillerato

Además, los estudiantes cumplen su jornada educativa en la sección diurna, el centro educativo se encuentra en el sector urbano y es mixto, son adolescentes cuyas edades oscilan entre 14 y 16 años, en consecuencia, se cumple con los parámetros requeridos.

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1 Métodos

Los métodos aplicados corresponden a:

- El método descriptivo, el cual explica y analiza las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias.
- El método estadístico, el mismo que nos proporciona datos cuantitativos de la población objeto de estudio, el cual a través del ingreso previo de datos a una matriz Excel, nos permite elaborar gráficos y tablas de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias.
- El método transversal, nos permite recolectar datos una vez durante un tiempo limitado, facilitándonos la descripción de los efectos en las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en la población.

2.5.2. Técnicas

Para esta investigación se empleó la técnica de encuestas, instrumento práctico que nos facilitó información, a través de la obtención y elaboración de datos de manera ágil y eficiente respecto a la problemática objeto de estudio y su posterior proceso estadístico. La batería comprende diez instrumentos psicométricos aplicados, los mismos que se detallan a continuación:

- 1) Cuestionario de variables psicosociales y de salud.** Evalúa los datos sociodemográficos de la población seleccionada. Mediante veinte preguntas, se identifica sexo, edad, peso, altura, nivel de estudios, tipo de establecimiento, estado civil, ocupación principal, zona de residencia y personas con quien vive. Incluye también variables de salud, identificando horas de sueño, estado de ánimo, horas de estudio, actividad física, alimentación, medicación, ausentismo a clases, enfermedades y salud en general.
- 2) Cuestionario de escala de estrés percibido / Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al., 1983).** Evalúa la percepción de estrés actual, el grado en el que las situaciones de la vida de la persona son consideradas como estresantes, es decir, cómo valoran sus vidas en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga. Contiene catorce reactivos, y cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 0 “Nunca” y 4 “Muy a menudo”. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el estrés percibido.

- 3) Cuestionario de inflexibilidad psicológica / Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al., 2011).** Evalúa evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica, ambos son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida. El instrumento contiene siete reactivos, y cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 1 "Nunca es verdad" y 7 "Siempre es verdad". A una mayor puntuación, habrá una mayor inflexibilidad psicológica percibida.
- 4) Cuestionario de personalidad tipo A / Type A Behavior Scale. (Haynes, Baker, 1982).** Evalúa la personalidad, a través de la presión que el tiempo y el trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, la personalidad definida por un complejo acción-emoción caracterizada por tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, y que se han encontrado asociadas con problemas de salud, incluyendo trastornos cardiovasculares y muerte prematura. Este instrumento contiene diez reactivos, y cada ítem se asocia a una puntuación, en este caso, para el primer reactivo, la puntuación comprendida va de 1 "Muy bien" a 0 "Nada", pasando por 0,67 "Bastante bien" y 0,33 "En parte". Para los reactivos 2, 3, 4, 5, 6, la puntuación comprendida va de 0 "Nunca" a 1 "A menudo", pasando por 0,33 "Casi nunca", y 0,67 "De vez en cuando"; y para los reactivos 7, 8, 9, y 10, la puntuación es dicotómica, y va de 1 "Sí" a 0 "No". A mayor puntuación, mayor tendencia a personalidad de riesgo tipo A.
- 5) Cuestionario de apoyo social / UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004).** Adaptación española de Morejon, García-Boveda, 1994. Evalúa la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional. Este instrumento contiene veinte reactivos, y cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 1 "Nunca" a 4 "Siempre", pasando por 2 "Rara vez", y 3 "A veces". A una mayor puntuación, mayor será la sensación subjetiva de soledad.
- 6) Cuestionario de resiliencia / Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008).** Evalúa la capacidad de las personas de adaptarse al estrés, proporcionando información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés o situaciones adversas. Este instrumento contiene seis reactivos, cuya valoración para los ítems 1, 3 y 5 va de 1 "Muy en desacuerdo"

a 5 “Muy de acuerdo”, pasando por 2 “En desacuerdo”, 3 “Neutral”, y 4 “De acuerdo”; y para los ítems 2, 4 y 6, la valoración es inversa, y va de 5 “Muy en desacuerdo” a 1 “Muy de acuerdo”, pasando por los valores de 4 “En desacuerdo”, 3 “Neutral”, y 2 “De acuerdo”. A una mayor puntuación, mayor será el nivel de resiliencia.

- 7) Cuestionario de consumo problemático de alcohol / Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al., 2008).** Evalúa el consumo problemático de alcohol, de ahí que identifica a las personas con un patrón de consumo de alcohol perjudicial o de riesgo para la salud. Es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y un apoyo en la evaluación breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. El instrumento contiene diez reactivos, y cada ítem se asocia a una puntuación, que en el caso del reactivo 1, va de 0 “Nunca” a 4 “4 o más veces a la semana”, pasando por 1 “Una vez al mes o menos”, 2 “2 ó 4 veces al mes”, y 3 “2 ó 3 veces a la semana”. Para el reactivo 2, va de 0 “1 ó 2” a 4 “10 ó más”, pasando por 1 “3 ó 4”, 2 “5 ó 6”, y 3 “7, 8 ó 9”. Para los reactivos 3 al 8, va de 0 “Nunca” a 4 “A diario o casi a diario”, pasando por 1 “Menos de una vez al mes”, 2 “Mensualmente”, y 3 “Semanalmente”. Finalmente, para los reactivos 9 y 10, va de 0 “No” a 4 “Sí, en el último año”, pasando por 2 “Sí, pero no en el curso del último año”. En este caso, a mayor puntuación, indica mayor riesgo de consumo problemático de alcohol percibido.
- 8) Cuestionario de consumo problemático de otras drogas / The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010).** Evalúa el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros estupefacientes, en los últimos tres meses. Este instrumento presenta once reactivos, y cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 0 “Nunca” a 6 “Diario o casi a diario”. Esto determina la frecuencia de consumo de drogas, en donde a mayor puntuación, mayor es el consumo percibido.
- 9) Cuestionario de depresión / Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) (Schneider, et al., 2010).** Evalúa los niveles de depresión, así pues, mide la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) asociado con el deterioro social presentes en las últimas dos semanas. Este instrumento tiene nueve reactivos, y cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 0 “Nunca” a 3 “Casi cada día”. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la depresión percibida.

10) Cuestionario de satisfacción vital / Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012). Evalúa la satisfacción vital, así pues, responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos. Toma en consideración un solo reactivo que cuestiona: “¿Cuál es el nivel de satisfacción con su vida en general?”. El ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 0 “Completamente insatisfecho” a 10 “Completamente satisfecho”. Cuanto mayor sea su puntuación, igualmente será mayor su nivel de satisfacción con su vida general.

De esta manera, cada cuestionario aporta de manera independiente a tener una visión integral de cada estudiante, permitiendo reconocer su estado y comportamiento, y en consecuencia, determinando además su personalidad y frecuencia de consumo de alcohol y drogas.

2.5.3. Procedimiento

El presente proceso investigativo tuvo su inicio con la capacitación presencial en las instalaciones de la UTPL en Loja, en la misma y que durante tres días, se desarrolló la inducción y capacitación al Programa Nacional de Investigación a cargo de personal docente altamente calificado de la UTPL, y otras instituciones, en donde se realizaron una serie de conferencias y talleres que conllevaron a cumplir los objetivos planteados en la investigación sobre las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador.

Con los lineamientos establecidos, se procedió al levantamiento de las fuentes bibliográficas, analizando textos, informes e investigaciones previas relacionadas al tema, desarrollando una fundamentación teórica concreta y precisa que facilite la comprensión de la investigación y permita la realización del capítulo referente al marco teórico. De igual manera, se identificó el plantel académico objeto de estudio, contando con la colaboración y aprobación requerida por parte de sus responsables. En sus instalaciones se procedió inicialmente a socializar la investigación con las autoridades, describiendo los alcances y objetivos buscados. Posteriormente, se detallaron los instrumentos investigativos, señalando sus alcances y posibles resultados a obtenerse con su aplicación.

Con la autorización por parte de las autoridades del plantel, se visitó las aulas seleccionadas indicándoles sobre el objetivo investigación y entregando a los alumnos los consentimientos para

que sean firmados por los padres o sus representantes. Asimismo, cada estudiante recibió una carta de asentimiento, teniendo la libertad de colaborar o no con la investigación, aun contando con la aprobación de sus padres. Acorde a la investigación y cronograma establecido, al día siguiente, se entregó de manera individual las encuestas, explicando el proceso de llenado y asistiendo durante el mismo a cualquier inquietud o duda que el estudiante presente. La entrega de las encuestas se realizó en orden de la lista proporcionada por las autoridades del plantel. Esto para evitar excluir a los alumnos seleccionados. Además, durante la aplicación de los instrumentos, se procedió a recoger los consentimientos tanto de los padres de familia como los asentimientos de los alumnos.

Durante el proceso de llenado de las baterías, se presentaron algunos cuestionamientos por parte de los estudiantes, razón por la cual, se procedió a solventar las dudas inquiridas, las mismas que se enfocaron principalmente en aclarar el proceso de llenado y el sentido de las preguntas, permitiendo la culminación satisfactoria del proceso. En consecuencia, y culminado el tiempo de aplicación o estudio de campo, se recogieron las baterías en orden de lista, mismas que fueron archivadas en sobres de manila debidamente señalados el curso y paralelo perteneciente. Igual procedimiento se hizo luego con el otro curso.

Posteriormente, para el correcto ingreso de los datos a la matriz, se realizó una capacitación presencial en la sede Regional de Quito de la UTPL, la misma que estuvo a cargo de la Directora del Proyecto de Investigación, Mgs. Livia Andrade y la experta en Sistemas, Eco. Cristina Ontaneda. Con el material listo, el procesamiento inició clasificando las encuestas e iniciando la tabulación respectiva mediante el uso de la hoja de cálculo asignada por la UTPL, llamada matriz para el ingreso de datos. Una vez terminado el ingreso, se completó la tabulación en base a las indicaciones, obteniendo los resultados automáticamente.

En consecuencia con los datos procesados y obtenidos, se procedió a la interpretación, análisis y discusión de los mismos, para finalmente emitir las respectivas conclusiones y recomendaciones, obteniendo el informe respectivo para la institución educativa. Además toda la base de datos de la investigación, sirvió para la elaboración del proyecto de titulación.

2.5.4. Recursos

Tabla 4. Recursos utilizados

Recursos Utilizados			
Descripción	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Recursos Técnicos			
Computador (Alquiler)	1	\$ 80,00	\$ 80,00
Impresora	1	\$ 30,00	\$ 30,00
Recursos Fungibles			
Movilización	1	\$ 50,00	\$ 50,00
Papeles (Resmas)	1	\$ 5,00	\$ 5,00
Lápices (Cajas)	2	\$ 2,00	\$ 4,00
Cd's	2	\$ 1,50	\$ 3,00
Copias	220	\$ 0,05	\$ 11,00
Alimentación	6	\$ 5,00	\$ 30,00
Reproducciones	1	\$ 5,00	\$ 5,00
TOTAL			\$ 218,00

Elaborado por: Acosta, Fernando

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados obtenidos: Análisis e interpretación de resultados

3.1.1. Datos psicosociales

Analizando la información levantada en la institución seleccionada e investigada, se obtuvieron las siguientes características psicosociales:

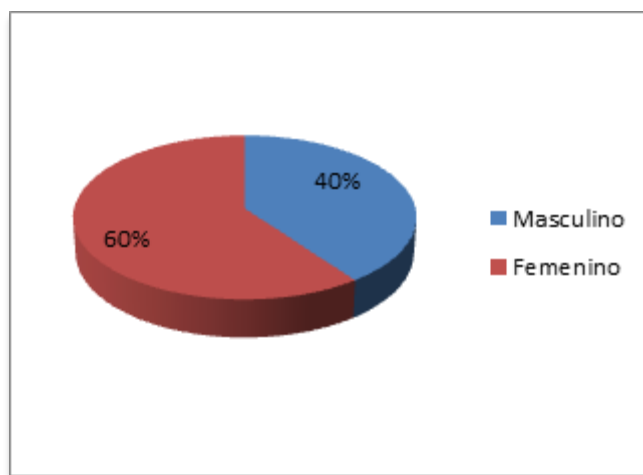


Figura 1. Sexo.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

La identificación del sexo es importante para conocer posibles variaciones de los resultados en base a los diferentes ámbitos levantados con la encuesta. En la figura 1, se puede observar que del total de la muestra investigada en relación a la variable sexo, muestra que existe una mayor concentración de estudiantes de género femenino con el 60%, mientras que el 40% es masculino.

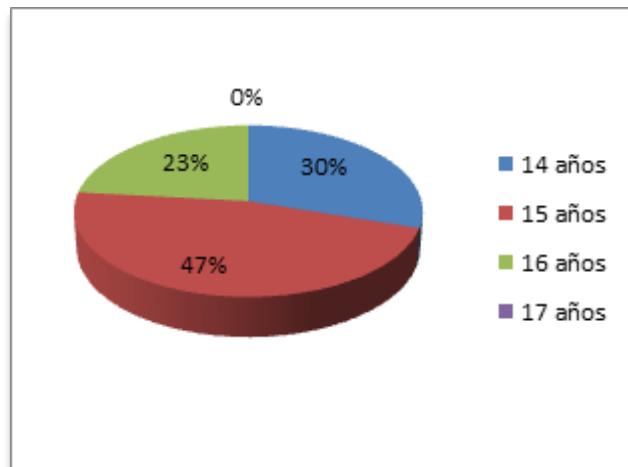


Figura 2. Edad.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la figura 2, se puede observar que del total de la muestra investigada en relación a la variable edad, se distribuyen de la siguiente manera: el 47% tiene quince años, siendo el grupo de mayor representación en la investigación, seguido por el 30% que tiene 14 años y finalmente el 23% revelan tener 16 años de edad.

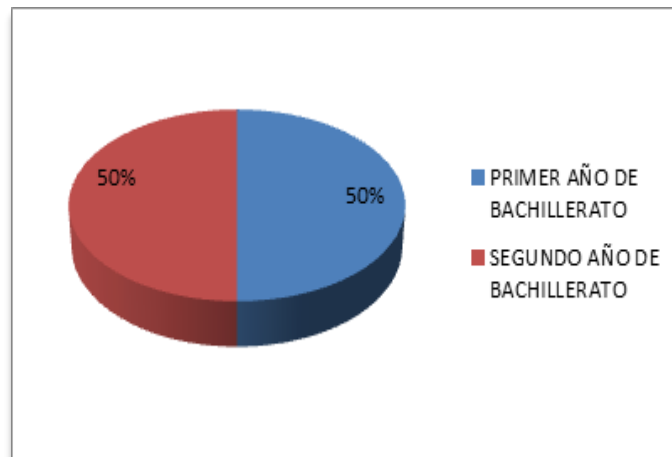


Figura 3. Año de bachillerato.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la figura 3, se observa que de la muestra total calculada (n= 30 estudiantes), el 50% pertenece a primer año de bachillerato y el 50% al segundo año de bachillerato. En este caso, se obtuvo un número igual de estudiantes en cada año.

3.1.2. Análisis y descripción de los resultados generales

Conforme la batería de instrumentos psicológicos aplicados, se analizan los resultados generales obtenidos, los cuales fueron evaluados en base a una escala de 0 a 10, en donde 5 es el valor medio. Para una mejor comprensión, a continuación se describe la interpretación de resultados por puntaje obtenido.

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

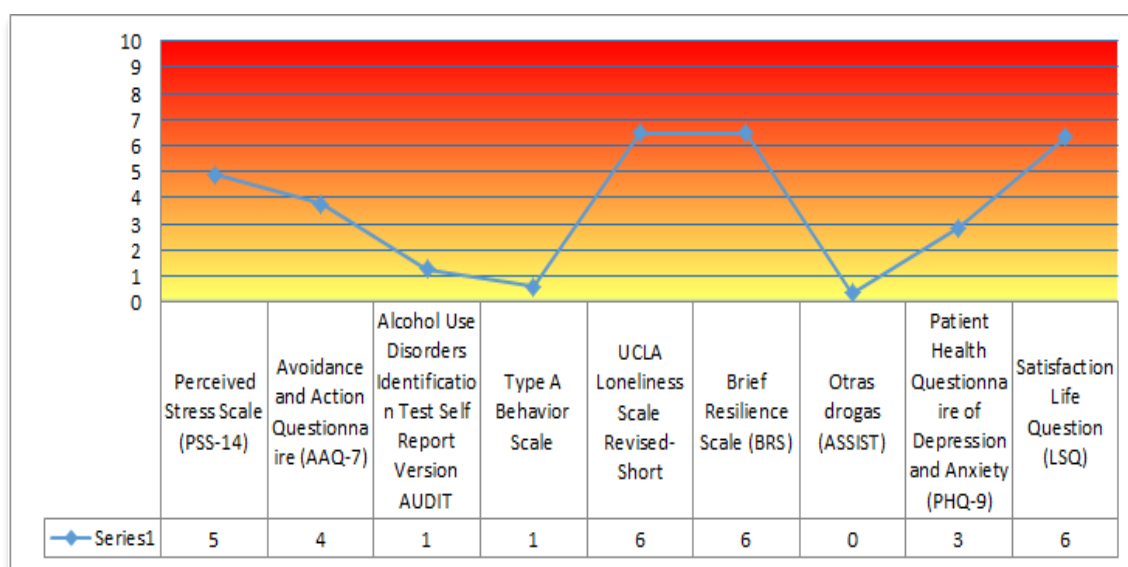


Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Los resultados obtenidos, mostrados en la figura 4, permiten observar que en la variable estrés, cuya escala es de 0 a 10, los estudiantes poseen una puntuación de 5, es decir están en un nivel medio, razón por la cual se la considera como una variable neutral, no

existiendo mayor riesgo actual frente al estrés, pero que puede presentarse en la medida que no se dispongan acciones que eviten escenarios negativos.

Tabla 5. Frecuencia Estrés

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En base a los datos de la tabla 5, correspondiente a la variable estrés (PSS-14), se observa en el ítem 7, una mayor concentración de la población investigada con 15 estudiantes, los cuales en el último mes han sentido “A menudo” que las cosas le van bien. Además las respuestas que están como segunda concentración de frecuencias se ubican en el ítem 2, con 13 estudiantes que indicaron que “Casi nunca” se han sentido incapaces de controlar las cosas importantes en su vida, y en el ítem 14, igualmente con 13 estudiantes que indican que “Casi nunca” han sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas. Estos resultados guardan relación con la puntuación observada en la figura 4.

Los resultados obtenidos, mostrados en la figura 4, permiten observar que en la variable Flexibilidad / Inflexibilidad psicológica (AAQ-7), en una escala de 0 a 10, los estudiantes investigados poseen un puntaje de 4, lo cual indica que presentan una baja evitación experiencial, traducida en una apropiada flexibilidad psicológica, siendo por lo tanto, una variable protectora.

Tabla 6. Frecuencia Flexibilidad / Inflexibilidad Psicológica

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	11	9	3	4	2	1	0
2	10	12	2	2	0	0	4
3	9	9	5	3	0	1	3
4	11	6	2	7	2	2	0
5	10	6	6	3	1	1	3
6	11	5	2	5	3	1	3
7	9	13	1	4	0	0	3

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Conforme los datos de la tabla 6, que evalúa la variable Flexibilidad / Inflexibilidad psicológica (AAQ-7), vemos que la mayor frecuencia está en los ítems 7 y 2, con 13 y 12 estudiantes que respondieron para ambos reactivos con la opción “Muy raramente es verdad”, que sus preocupaciones interfieran en el camino de lo que quieren conseguir, y que tengan miedo de sus sentimientos, respectivamente.

En la Figura 4, los resultados nos revelan que en la variable de consumo problemático de alcohol (AUDIT), en una escala de 0 a 10, los investigados poseen un puntaje de 1, lo que indica no haber patrones altos de consumo de alcohol, lo que la convierte en una variable protectora; sin embargo, es de suma importancia, y por la edad de los investigados, hacer cierta proyección en su consumo.

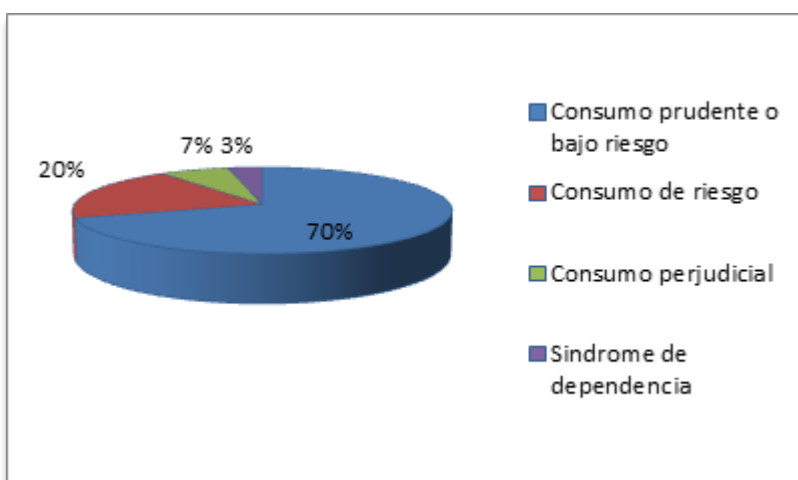


Figura 5. Consumo de Alcohol general (AUDIT)

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Según observamos en la figura 5, de los test AUDIT, se desglosa el consumo y se evidencia que el 70% de los estudiantes mantienen un “Consumo prudente o bajo riesgo”. Por otra parte, el 20% se encuentran en un “Consumo de riesgo”, el 7% en un “Consumo perjudicial” y el 3% con “Síndrome de dependencia”.

Así pues, estos datos merecen un análisis especial, ya que presentan una situación alarmante considerando que son estudiantes entre 14 a 16 años, mismos que ya poseen síndrome de dependencia en un 3%. Además, debido a su edad, el 70% consumen de manera prudente, lo que permite inferir que a los 20 años probablemente todos sean dependientes si no se toman medidas preventivas y correctivas urgentes.

En relación a los resultados generados en la figura 4, se puede demostrar que la población general investigada, en la variable personalidad tipo A, tiene una puntuación de 1, en una escala de 0 a 10, lo cual indica que a pesar de la presión que el tiempo y el estudio ejercen sobre los estudiantes, además de tener un fuerte deseo de sobresalir, los educandos afrontan sus problemas y responsabilidades en forma apropiada, de ahí que esta variable se la considere como protectora.

Tabla 7. Frecuencia Personalidad Tipo A

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	16	4	10	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	2	16	9	3
3	8	13	8	1
4	5	6	14	5
5	6	10	8	6
6	5	11	8	5
Reactivo	Si		No	
7	24		6	
8	20		9	
9	16		14	
10	21		9	

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la tabla 7, correspondiente a la variable de la personalidad tipo A (TYPE A), observamos que la mayor frecuencia está presente en la categoría dicotómica, y la presenta el ítem 7, con 24 estudiantes que contestan “Si” a la pregunta de que alguna vez llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario laboral / escolar. También son representativas las concentraciones de las categorías múltiples, donde la mayor frecuencia la presentan los ítems 1 y 2, con 16 estudiantes en cada uno, y que para el primer reactivo contestan “Muy bien” por tener un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas, y para el segundo reactivo responden que “De vez en cuando” normalmente se sienten presionados por el tiempo.

Los resultados obtenidos en la figura 4, referente a la variable soledad (UCLA), en una escala de 0 a 10, revelan que los investigados poseen un puntaje de 6, lo que indica un bajo apoyo social, es decir, una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada en su apoyo emocional, así pues, a menor apoyo social, habrá mayor soledad, por lo tanto, es una variable considerada de riesgo.

Tabla 8. Frecuencia Soledad

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Conforme los datos de la tabla 8 de la variable soledad (UCLA), podemos observar que la mayor frecuencia de respuesta se encuentra en los ítems 5 y 9, con 17 estudiantes en cada ítem que respondieron que “Siempre” se sienten pertenecer a un grupo de amigos/as y se consideran sociables y amistosos.

En la figura 4, se puede observar que la variable sobre la capacidad de las personas para adaptarse al estrés (BRS), en una escala de 0 a 10, tiene una puntuación de 6, valor superior respecto a la media, en consecuencia pueden superar positivamente los problemas que afrontan, siendo esta una variable protectora.

Tabla 9. Frecuencia Capacidad Adaptación al Estrés

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	0	3	15	3	9
2	5	6	14	5	0
3	3	3	16	3	5
4	4	5	15	3	3
5	4	4	14	4	4
6	5	5	14	2	4

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la tabla 9, correspondiente a la variable capacidad de adaptación al estrés (BRS), se observa que la mayor frecuencia alcanzada está en el ítem 3, donde 16 estudiantes responden en la categoría “Neutral” que no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante, y en consecuencia, en el ítem 1, responden 15 estudiantes también en la categoría “Neutral”, que tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles. Finalmente, otro valor representativo se encuentra en el ítem 4, con una frecuencia de 15 estudiantes que responden en la categoría “Neutral”, que para ellos es difícil recuperarse cuando algo malo sucede. Al respecto, esta paradoja en las respuestas, tiene su razón por estar en la categoría “Neutral”, y se podría interpretar como que los estudiantes no participan o no se sienten identificados con ninguna de las opciones dadas.

En cuanto a la variable referente al consumo de sustancias en los últimos tres meses (ASSIST), y que tiene una escala de 0 a 10, podemos observar en la figura 4, una puntuación baja, lo que indica un muy bajo consumo de sustancias, en consecuencia, se presenta como una variable protectora.

Tabla 10. Porcentajes Consumo de Sustancias

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	90,0	6,7	0,0	0,0	3,3
3	70,0	20,0	6,7	3,3	0,0
4	96,7	0,0	3,3	0,0	0,0
5	96,7	3,3	0,0	0,0	0,0
6	96,7	0,0	0,0	3,3	0,0
7	93,3	3,3	3,3	0,0	0,0
8	90,0	3,3	0,0	0,0	6,7
9	93,3	3,3	0,0	0,0	3,3
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la tabla 10, correspondiente a la variable consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y otros, ocurridos en los últimos tres meses (ASSIST), observamos que la estadística de consumo expresado en porcentaje, indica valores bajos. En consecuencia, vemos que los ítems 1, 10 y 11, los estudiantes responden con un porcentaje categórico de 100%, que en los últimos tres meses “Nunca” han consumido drogas, opiáceos u otras sustancias psicoactivas. También podemos observar que en el ítem 3, con un 20% de respuesta, indica que la frecuencia en los tres últimos meses de consumo de alcohol, sea cerveza, vinos, licores, cócteles, etc., corresponde a “1 ó 2 veces”. Además es importante analizar el tipo de sustancias que se consumen a “Diario o casi a diario” en los últimos tres meses. Los resultados muestran que dentro del ámbito citado, el mayor porcentaje se ubica en el 6,7%, correspondiente al ítem 8, el cual señala que se consume a “Diario o casi diario”, sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolam, clonazepam, etc.). Con un porcentaje de 3,3 y perteneciente al ítem 2, señala que consumen a “Diario o casi a diario” tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.). Finalmente con un 3,3% y correspondiente al ítem 9, señala que consumen a “Diario o casi a diario” alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.).

Para la variable depresión (PHQ-9), y observando la figura 4, vemos que en una escala de 0 a 10, tiene una puntuación de 3, lo que indica que, la población estudiada no presenta síntomas depresivos mayores, asociadas con el deterioro social; por consiguiente, se la considera como una variable protectora.

Tabla 11. Frecuencia Depresión

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	9	13	6	2
2	11	14	0	5
3	11	10	2	7
4	9	14	5	2
5	12	8	3	7
6	14	11	2	3
7	18	8	0	4
8	18	9	2	1
9	23	5	1	1

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la variable que evalúa la depresión (PHQ-9), analizada en la tabla 11, se observa que la mayor frecuencia está en el ítem 9, con 23 estudiantes que indican que “Nunca” han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma. El puntaje existente es positivo en la medida que la depresión afecta a la persona, impidiéndole tener una capacidad de afrontamiento adecuada frente a los problemas que vive.

Finalmente, dentro del análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes, tenemos la variable de satisfacción vital (LSQ), que podemos observar en la figura 4, con un puntaje de 6 puntos en una escala de 0 a 10, en donde 0 corresponde a estar “Complemente insatisfecho”, y 10 corresponde a estar “Completamente satisfecho”; lo que indica que, la población investigada por lo general considera tener una buena calidad de vida, y por consiguiente, corresponde a una variable protectora.

Tabla 12. Frecuencia Satisfacción Vital

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la tabla 12, correspondiente a la variable satisfacción vital (LSQ), podemos observar que la mayor frecuencia se sitúa en la escala 5 “Neutral” y 8, con 10 estudiantes en cada una, y lo que nos permite inferir que los estudiantes encuestados de acuerdo a sus percepciones individuales de satisfacción vital, aseguran tener una buena calidad de vida.

3.1.3. Análisis de resultados del género femenino

El presente análisis se concentra en la población femenina participante de la batería de instrumentos psicológicos aplicados. La escala de evaluación se encuentra en un rango de 0 a 10 puntos, teniendo el valor 5 como valor medio, dependiendo de la variable definida como protectora o riesgo.

La escala de evaluación de las puntuaciones es:

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

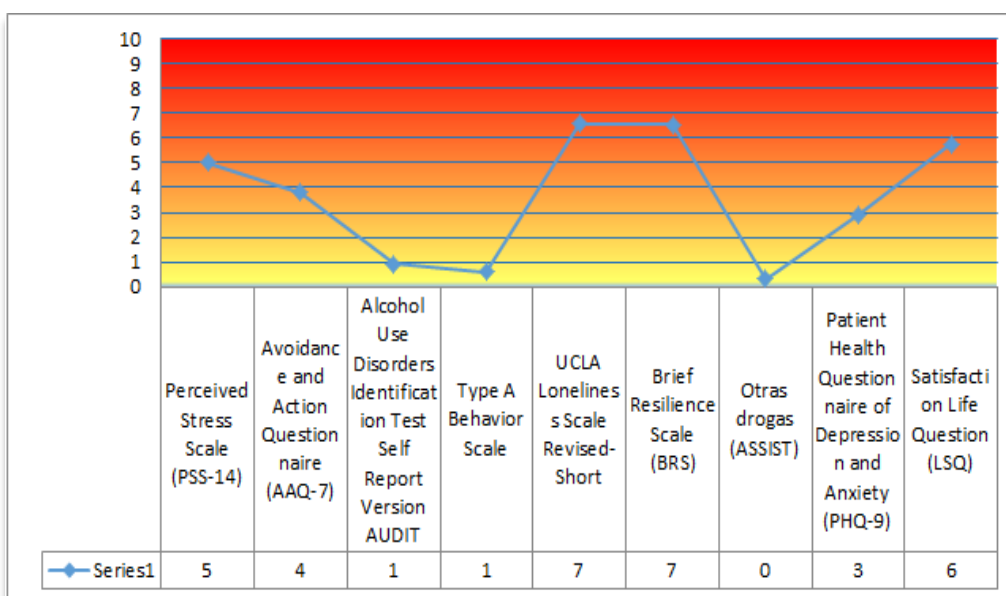


Figura 6. Figura de los test con resultados estandarizados género femenino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Los resultados obtenidos, como se observa en la figura 6, permiten observar que en cuanto a la variable de estrés, el grupo de adolescentes mujeres posee un puntaje de 5 en una escala de 0 a 10, lo cual indica que está en la media y en consecuencia se la considera neutral, razón por la que, no existe riesgo actual frente al estrés, pero que puede presentarse en la medida que no se dispongan acciones apropiadas y preventivas que eviten escenarios negativos.

Tabla 13. Frecuencia Estrés

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En base a los datos de la tabla 13, relacionada a la variable estrés, distinguimos que el grupo de adolescentes mujeres posee una mayor concentración en el ítem 5, donde 10 estudiantes responden que en el último mes “De vez en cuando” han advertido afrontar con eficacia los cambios importantes ocurridos en sus vidas. También podemos observar que en el ítem 7, una frecuencia de 8 estudiantes ha sentido que “A menudo” en el último mes las cosas les van bien. Estos resultados guardan relación con la puntuación observada en la figura 6.

Los resultados obtenidos, mostrados en la figura 6, permiten observar que en cuanto a la variable Flexibilidad / Inflexibilidad psicológica (AAQ-7), cuya escala va de 0 a 10, el grupo de adolescentes mujeres posee un puntaje de 4, lo cual indica que, presentan una baja evitación experiencial, traducida en una apropiada flexibilidad psicológica, y se la considera una variable protectora.

Tabla 14. Frecuencia Flexibilidad / Inflexibilidad Psicológica

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En base a los datos de la tabla 14, correspondiente a la variable Flexibilidad / Inflexibilidad psicológica (AAQ-7), podemos observar que el grupo de adolescentes mujeres, posee una mayor concentración en todos los siete reactivos que contiene el test, con una frecuencia de 7 en cada ítem, respondiendo en la categoría “Nunca es verdad”, que sus experiencias y recuerdos dolorosos les hagan más difícil sus vidas; ni tienen miedo de sus sentimientos ni les preocupa no ser capaces de controlar sus preocupaciones y sentimientos, tampoco sus recuerdos y emociones dolorosas les impiden llevar una vida plena, así como no les parece que la mayoría de la gente lleve una vida mejor que ellas, y que sus preocupaciones interfieran en el camino de lo que quieren conseguir. Así pues, vemos que en su gran mayoría, las estudiantes presentan flexibilidad psicológica, lo cual evitará tener ciertos trastornos psicológicos y por tanto una mejor calidad de vida.

En la figura 6, que mide la variable consumo de alcohol (AUDIT) en las mujeres, tenemos dentro de la escala de 0 a 10, una puntuación de 1, valor bajo respecto a la máxima puntuación de la escala, lo cual indica que, no hay patrones altos de consumo de alcohol, lo que la convierte en una variable protectora; sin embargo, es de suma importancia, y por la edad de los investigados, hacer cierta proyección en su consumo.

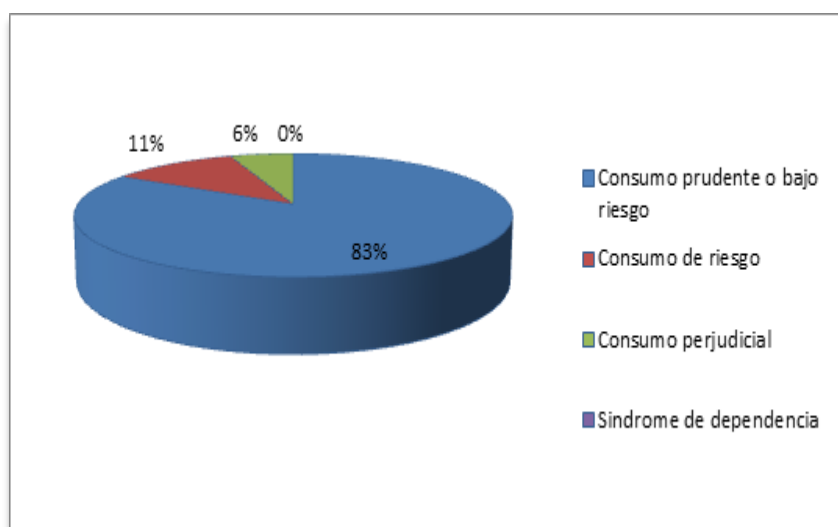


Figura 7. Consumo de Alcohol género femenino (AUDIT)

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Los resultados obtenidos, tal como observamos en la figura 7, permite indicar que en cuanto a la variable consumo problemático de alcohol (AUDIT), en el grupo de adolescentes mujeres, el pastel está repartido en un 83% que dice tener un “Consumo prudente o bajo riesgo”, el 11% señala que tiene un “Consumo de riesgo”, y el 6% un “Consumo perjudicial”. No existen casos de “Síndrome de dependencia”, aspecto que guarda relación con lo señalado en el figura 6. También es importante señalar, que hay un riesgo latente en los datos presentados, ya que al tratarse de chicas adolescentes, y que en un 83% están auto calificadas dentro del consumo prudente o bajo riesgo, cuando lleguen a edades mayores, si no se han tomado las medidas apropiadas por parte de la trilogía familia, escuela y estado para poder contrarrestar el problema, hay la posibilidad de que los porcentajes de consumo aumenten y deriven en casos de dependencia hacia el alcohol.

En la Figura 6, podemos advertir que la variable personalidad (TYPE A), cuya escala va de 0 a 10, presenta una puntuación de 1, muy inferior a la media, lo que indica que, a pesar de eventualmente, llevar trabajo a casa y sentirse molestas cuando esperan algo o alguien, las estudiantes afrontan sus problemas y responsabilidades en forma apropiada, de ahí que, esta variable se la considere como protectora.

Tabla 15. Frecuencia Personalidad Tipo A

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	8	3	7	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	2	9	5	2
3	3	10	5	0
4	1	3	11	3
5	3	5	5	5
6	3	8	5	1
Reactivo	Si		No	
7	15		3	
8	13		5	
9	9		9	
10	14		4	

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Los resultados observados en la tabla 15, de la variable personalidad (TYPE A), señalan que la mayor frecuencia está presente en la categoría dicotómica, y la presenta el ítem 7, donde 15 estudiantes mujeres indican que alguna vez “Si” se llevan trabajo a casa y siguen pensando en ello fuera del horario laboral / escolar; y en el ítem 10, una frecuencia de 14 estudiantes, manifiestan que “Si” se sienten molestas cuando tienen que esperar algo o a alguien.

Remitiéndonos a la figura 6, se puede observar que la variable sensación subjetiva de soledad (UCLA), que va de la escala 0 a 10, para el grupo de mujeres, tiene una puntuación de 7, valor que está sobre la media, lo que indica que, a pesar de sentirse sociables y amistosas, a veces sienten falta de apoyo social en la comprensión de sus problemas, razón por la que, se la considera como variable de riesgo.

Tabla 16. Frecuencia Soledad

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En base a los datos de la tabla 16, correspondiente a la variable soledad (UCLA), podemos observar que el grupo de adolescentes mujeres posee una mayor concentración de frecuencias en los ítems 3, 9 y 16, donde 11 alumnas para cada ítem, responden que “Rara vez” sienten que no hay nadie a quien pedir ayuda; que “Siempre” sienten que son sociales y amistosas; y que “A veces” sienten que hay personas que realmente las comprenden. En este caso, la población femenina evaluada a pesar de responder en algunos ítems en forma positiva, también se nota que no siempre tienen alrededor personas que logren efectivamente comprenderlas en sus problemas varios, así pues, faltaría más apoyo social e integración efectiva, que mejore la sensación subjetiva de soledad latente en las alumnas.

En la figura 6, se puede observar que la variable adaptación al estrés (BRS), en una escala que va de 0 a 10, tiene una puntuación de 7, lo que indica que, las estudiantes en su mayoría

si pueden superar positivamente los problemas que afrontan, siendo esta una variable protectora.

Tabla 17. Frecuencia Capacidad Adaptación al Estrés

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	0	2	10	1	5
2	4	1	11	2	0
3	1	2	10	1	4
4	3	3	8	3	1
5	2	3	8	2	3
6	4	2	8	2	2

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En base a los datos de la tabla 17, de la variable capacidad de resiliencia o adaptación al estrés (BRS), podemos observar que el grupo de adolescentes mujeres presenta una mayor frecuencia en el ítem 2, que indica que para 11 de ellas, el pasar mal por tratar de superar situaciones estresantes, lo califican como algo “Neutral”. Igualmente, en esta misma categoría “Neutral”, responden 10 alumnas en los ítems 1 y 3, que tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles o situaciones estresantes, en consecuencia, no les lleva mucho tiempo el hacerlo. Por lo que inferimos que, las adolescentes de la muestra de investigación, afrontan por lo general los problemas de manera positiva, y no les toma mucho tiempo el recuperarse de situaciones estresantes.

Los resultados obtenidos, mostrados en la figura 6, permiten señalar que en cuanto a la variable de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y otras sustancias (ASSIST), con una escala de 0 a 10, se obtuvo un puntaje bajo, lo que indica un muy bajo consumo de sustancias, razón por la que, se presenta como una variable protectora.

Tabla 18. Frecuencia Consumo de Sustancias

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	18	0	0	0	0
2	17	0	0	0	1
3	11	5	1	1	0
4	18	0	0	0	0
5	18	0	0	0	0
6	18	0	0	0	0
7	17	1	0	0	0
8	16	1	0	0	1
9	17	1	0	0	0
10	18	0	0	0	0
11	18	0	0	0	0

Fuente:

Programa Nacional de Investigación. Análisis de variables Psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En base a los datos de la tabla 18, correspondiente a la variable consumo de sustancias en los últimos 3 meses (ASSIST), podemos observar que en el grupo de adolescentes mujeres hay una gran concentración de frecuencia en los ítems 1, 4, 5, 6, 10 y 11, con 18 estudiantes para ítem, que en sus respuestas señalan que “Nunca”, en los 3 últimos meses, han consumido sustancias. Así también, vemos que dos estudiantes si lo hacen “Diario o casi diario”, lo que advertirían una dependencia al consumo de sustancias. Para el primer caso, hay dependencia al consumo de tabaco, y en el segundo caso la dependencia es a consumir algún tipo de sedante o pastilla para dormir, como pueden ser diazepam, alprazolam, clonazepam, etc.

La figura 6, nos permite observar que la variable de la depresión (PHQ-9), en una escala de 0 a 10, obtuvo un puntaje de 3, lo que indica que, las estudiantes no presentan síntomas depresivos mayores, asociados con el deterioro social; por consiguiente se la considera como una variable protectora.

Tabla 19. Frecuencia Depresión

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	5	9	3	1
2	6	8	0	4
3	7	6	1	4
4	5	9	2	2
5	7	4	3	4
6	9	6	0	3
7	12	4	0	2
8	11	5	1	1
9	13	3	1	1

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Los resultados observados en la tabla 19, que evalúa la presencia de síntomas depresivos (PHQ-9) asociada con el deterioro social presentes en las últimas dos semanas en el grupo femenino, señalan que la mayor frecuencia de respuesta se encuentran en los ítems 9 y 7, con 13 y 12 estudiantes respectivamente, que indican que “Nunca” han pensado que estarían mejor muertas o han deseado hacerse daño de alguna forma, como tampoco “Nunca” han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión. Es por esto que, al no presentar índices mayores de depresión en las 2 últimas semanas, las investigadas pueden interactuar de mejor manera en sus diferentes ámbitos de vida.

Por último, en la figura 6, tenemos la última variable de medición investigada correspondiente al género femenino, y es la variable de satisfacción vital (LSQ), indica un puntaje de 6 dentro de una escala de 0 a 10, en donde 0 corresponde a estar “Complemente insatisfecho”, y 10 corresponde a estar “Completamente satisfecho”; lo que indica que, la población investigada por lo general considera tener una buena calidad de vida, en consecuencia, es una variable protectora.

Tabla 20. Frecuencia Satisfacción Vital

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la tabla 20, que evalúa satisfacción vital (LSQ), correspondiente a la población femenina, podemos observar que en su único ítem con el que cuenta este instrumento psicométrico, la mayor frecuencia con 8 alumnas, se sitúa en la escala 5, categoría “Neutral”, y también podemos observar que en la escala 7 y 8 se encuentran ocho estudiantes que respondieron positivamente, calificando satisfactoriamente el nivel de vida de acuerdo a su propia percepción.

3.1.4. Análisis de resultados del género masculino

A continuación, se presentan los resultados del análisis realizado a los estudiantes de género masculino en relación a la batería de instrumentos psicológicos aplicados. La escala de evaluación es entre 0 a 10 puntos, encontrándose el valor 5 como la media según la cual se definirá si se puede definir a la variable estudiada como protectora o de riesgo.

Las puntuaciones son:

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

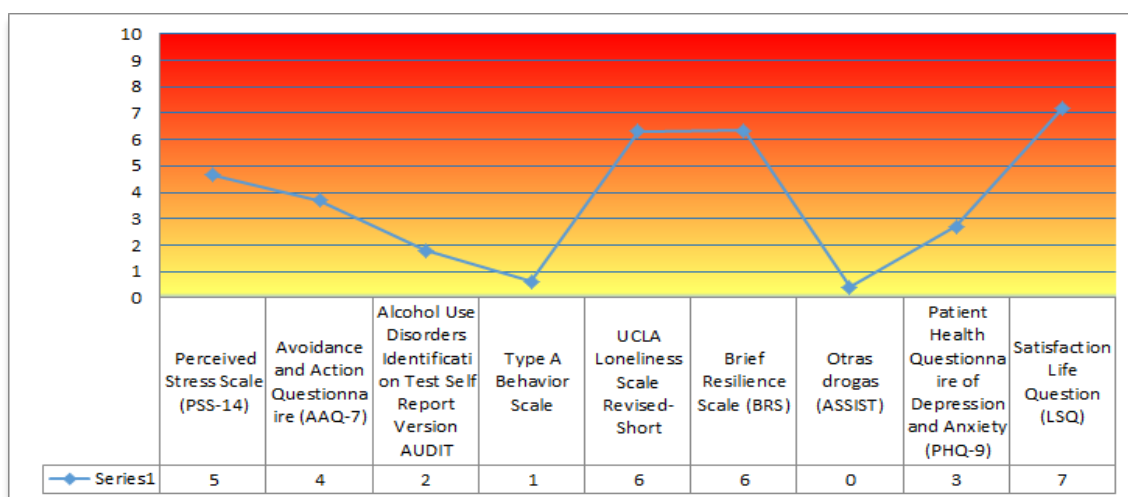


Figura 8. Figura de los test con resultados estandarizados género masculino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Analizando lo expuesto, se puede observar en la figura 8, que la variable percepción de estrés actual (PSS-14), dentro de la escala de 0 a 10, tiene una puntuación de 5, encontrándose prácticamente en la media, y por lo tanto se la considera como una variable neutral para el género masculino, razón por la cual, permite definir que no existe riesgo actual frente al estrés, pero que puede presentarse en la medida que no se dispongan acciones que eviten escenarios negativos.

Tabla 21. Frecuencia Estrés

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Conforme se evidencia en la tabla 21, correspondiente a la variable percepción de estrés actual (PSS-14), la mayor concentración de alumnos se encuentra en los ítems 6 y 7, con una frecuencia de 7 estudiantes para cada reactivo, los mismos que indican que en el último mes han pensado “A menudo”, estar seguros sobre su capacidad para manejar sus problemas personales y sentir que las cosas les va bien.

Los resultados obtenidos, indicados en la figura 8, permiten observar que en cuanto a la variable Flexibilidad / Inflexibilidad psicológica (AAQ-7), en una escala de 0 a 10, el puntaje obtenido en el grupo masculino es 4, ubicándose por debajo de la media establecida que es 5, lo cual indica que, los alumnos presentan una apropiada flexibilidad psicológica, siendo por tanto una variable protectora.

Tabla 22. Frecuencia Flexibilidad / Inflexibilidad Psicológica

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En cuanto a la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7), como podemos observar en la tabla 22, en el reactivo 2, se presenta la mayor frecuencia con 6 estudiantes que respondieron “Nunca es verdad” que tengan miedo de sus sentimientos. También podemos observar que en el ítem 3, 5 estudiantes responden que “Nunca es verdad” que se preocupen por no poder ser capaces de controlar sus preocupaciones y sentimientos, y 5 estudiantes responden a la misma pregunta con la respuesta “Muy raramente es verdad”. Es decir los estudiantes de género masculino se sienten seguros de sí mismos, con una adecuada flexibilidad psicológica que les permitirá un mejor desarrollo personal.

En el figura 8, podemos observar que el puntaje en la variable que evalúa el consumo problemático de alcohol (AUDIT), en el género masculino, en una escala de 0 a 10, es 2,

valor por debajo de la media establecida de 5 puntos y se la considera como una variable protectora, lo cual indica que, si bien al momento de la aplicación del instrumento, no hay patrones altos de consumo de alcohol, sin embargo, es de suma importancia, y por la edad de los investigados, mirar en perspectiva su análisis.

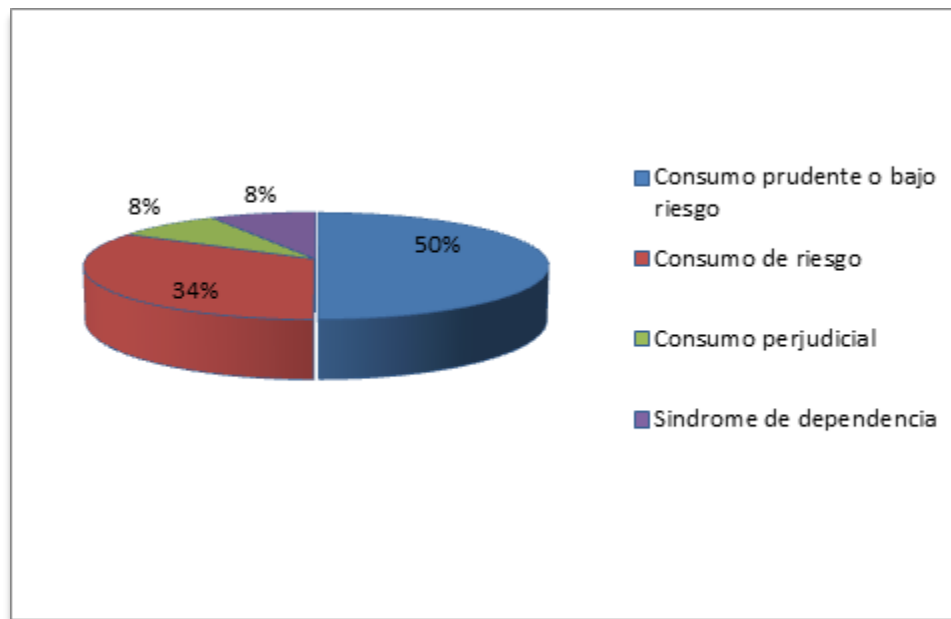


Figura 9. Consumo de Alcohol género masculino (AUDIT)

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Es así que, como podemos observar en la figura 9, la distribución del consumo de bebidas alcohólicas en el género masculino presenta a la mitad de la población, es decir el 50% en la categoría de “Consumo prudente o bajo riesgo”, un 34% con “Consumo de riesgo”, un 8% con “Consumo perjudicial”, y también un 8% con “Síndrome de dependencia”. En este punto, es necesario indicar que, sí es preocupante estos datos, ya que si hacemos una proyección a unos 4 o 5 años, cuando los chicos tengan unos 20 años, hay la probabilidad que el segmento de estudiantes de consumo prudente o bajo riesgo, aumente su consumo y pase a la categoría de riesgo, perjudicial o adquiera el síndrome de dependencia, que de paso, en la actualidad ya lo tenemos, y corresponde a 1 estudiante con consumo perjudicial y también 1 estudiante con síndrome de dependencia. De ahí la importancia de educar tanto

a estudiantes, padres de familia y profesores, en la prevención y corrección de estos problemas.

En la Figura 8, observamos que la variable personalidad (TYPE A), en el género masculino, en una escala de 0 a 10, presenta una puntuación de 1, muy inferior a la media, lo que indica que, a pesar de eventualmente, llevar a la casa trabajo colegial y sentirse presionados por el tiempo; y de tener un fuerte deseo de sobresalir, los estudiantes afrontan sus problemas y responsabilidades en forma apropiada, de ahí que, esta variable se la considere como protectora.

Tabla 23. Frecuencia Personalidad Tipo A

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Con respecto a la variable personalidad (Type A), podemos observar en la tabla 23, que la máxima frecuencia se presenta en el ítem dicotómico 7, en donde 9 estudiantes respondieron que “Si” llevaron trabajo a casa en alguna ocasión y que seguían pensando en ello fuera del horario laboral / escolar. La segunda mayor frecuencia con 8 estudiantes, está en el ítem 1, donde los alumnos responden con “Muy bien” el tener un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas; y por último, en el ítem 2, con una frecuencia de 7 estudiantes respondieron que normalmente “De vez en cuando” se sienten presionados por el tiempo. Sin embargo, a pesar de que algunos alumnos presentan ciertas

características típicas de personalidad tipo A, también es cierto que en su valoración general, esta variable se presenta como protectora.

Remitiéndonos a la figura 8, la variable soledad (UCLA) en el género masculino, en una escala de 0 a 10, tiene un puntaje de 6 puntos, lo que indica que, la población investigada presenta algún grado de sensación de soledad, lo que implicaría a su vez, un menor grado de disponibilidad en relaciones significativas deseadas, que aporten en su apoyo emocional, siendo esta, una variable de riesgo.

Tabla 24. Frecuencia Soledad

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

Dentro del análisis de la tabla 24, que evalúa la variable soledad (UCLA), podemos indicar que, la frecuencia más representativa es 8 y se encuentra en los ítems 1 y 17. Para el ítem 1, 8 estudiantes responden que “A veces” sienten que la gente que les rodea les entiende,

y para el ítem 17, son 8 estudiantes los que indican que “Rara vez” se sienten tímidos. De ahí que, se podría notar una falta de comprensión a sus problemas por parte de su entorno, que provoca soledad en algunos estudiantes, siendo esta situación poco adecuada.

En cuanto a la variable de adaptación al estrés (BRS), podemos observar en la figura 8, que en una escala de 0 a 10, se tiene un valor de 6 puntos, lo que indica que, la población masculina afronta por lo general los problemas de forma positiva, lo que les permite recuperarse de situaciones negativas o estresantes, por tanto, es una variable protectora.

Tabla 25. Frecuencia Capacidad Adaptación al Estrés

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la tabla 25, la variable que evalúa la capacidad de adaptación al estrés (BRS), se observa que la mayor concentración de estudiantes está en el ítem 4, con una frecuencia de 7 estudiantes que respondieron en la categoría “Neutral”, que no les lleva mucho tiempo recuperarse cuando algo malo les sucede. Son importantes también, las frecuencias de los ítems 3, 5 y 6, con seis estudiantes para cada ítem que responden como “Neutral”, a que no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante; normalmente pasan momentos difíciles sin gran problema; y que suele llevarles mucho tiempo superar complicaciones en sus vidas. Estas respuestas son algo paradójicas aparentemente, pero al analizar el significado de la palabra neutral, justamente da cola para que ello pueda suceder, ya que se podría entender también como que el estudiante no participa de ninguna de las opciones señaladas. Es así que, en el análisis general de este instrumento, los estudiantes en su mayoría tienen recursos para afrontar de buena manera situaciones estresantes.

Los resultados obtenidos, presentes en la figura 8, permiten señalar que en cuanto a la variable de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y otras sustancias (ASSIST), con una escala de 0 a 10, se obtuvo un puntaje bajo, siendo este el valor más bajo de la escala de evaluación de todas las baterías realizadas al género masculino, lo que indica que, su consumo y frecuencia son mínimos, proyectándose como una variable protectora, aspecto que no requeriría de mayor análisis, pero es interesante saber qué tipos de sustancias están consumiendo dos estudiantes.

Tabla 26. Frecuencia consumo de Sustancias

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	12	0	0	0	0
2	10	2	0	0	0
3	10	1	1	0	0
4	11	0	1	0	0
5	11	1	0	0	0
6	11	0	0	1	0
7	11	0	1	0	0
8	11	0	0	0	1
9	11	0	0	0	1
10	12	0	0	0	0
11	12	0	0	0	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En la tabla 26, que corresponde a la variable de consumo de sustancias (ASSIST), en los últimos tres meses, se observa que la mayor concentración y en forma absoluta, se encuentra en los ítems 1, 10 y 11, con una frecuencia de 12 estudiantes en cada uno de ellos, que responden que “Nunca” en los tres últimos meses han consumido drogas, opiáceos u otras sustancias psicoactivas. En el análisis de esta variable, el estudio nos revela también que en los ítems 8 y 9, hay un estudiante que consume “Diario o casi diario” sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolam, clonazepan, etc.), y un estudiante que consume “Diario o casi diario” alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.). Es de suma importancia tomar medidas educativas y correctivas con los dos chicos, a fin de evitar que a futuro se agrave el problema.

Respecto a los resultados obtenidos en la figura 8, el valor obtenido por la variable depresión (PHQ-9), en una escala de 0 a 10, es de 3 puntos, lo que indica que, no existen problemas graves de síntomas depresivos asociado con el deterioro social, razón por la cual, se la considera como una variable protectora.

Tabla 27. Frecuencia Depresión

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En el análisis de la tabla 27, de la variable depresión (PHQ-9), observamos que la mayor frecuencia está presente en el reactivo 9, con 10 estudiantes, los mismos que “Nunca” han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna manera. En este caso, los estudiantes de género masculino no se ven afectados por situaciones mayores de depresión que puedan afectar gravemente su salud.

Finalmente, y remitiéndonos a la figura 8, vemos que la variable de satisfacción vital (LSQ), en los estudiantes con género masculino, en una escala de 0 a 10, tienen un puntaje de 7, en donde 0 relaciona a estar “Complemente insatisfecho”, y 10 corresponde a estar “Completamente satisfecho”; lo que indica que, la población investigada por lo general considera tener una buena calidad de vida, y por consiguiente, corresponde a una variable protectora.

Tabla 28. Frecuencia Satisfacción Vital

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación. Acosta, Fernando

En el análisis de la tabla 28, con respecto a la variable satisfacción vital (LSQ), podemos observar que consta de un solo ítem, y se obtuvo la mayor frecuencia en la escala 8, con cinco estudiantes que se encuentran satisfechos con la calidad de vida que llevan, así pues, la gran mayoría los estudiantes de acuerdo a su auto percepción, muestran una valoración positiva de su vida en general.

3.2. Discusión de los resultados

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar la distribución de las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 4, distrito 13D02, circuito 13D02C04_09 en el año 2015. Del análisis de resultados obtenidos como podemos observar en la figura 4, de la batería con resultados estandarizados sin distinción de género, se presentan nueve instrumentos psicométricos breves utilizados, los mismos que nos permiten inferir que, las variables resultantes como protectoras, están presentes en la flexibilidad psicológica, consumo problemático de alcohol, personalidad tipo A, adaptación al estrés, consumo de sustancias, depresión y satisfacción vital.

En cuanto a la variable estrés percibido, tuvo un puntaje neutral, y por lo tanto no se la considera como una variable protectora ni de riesgo; finalmente, en relación a la variable percepción de soledad, resulta ser la única variable de riesgo presente en el estudio realizado. Sin embargo, es importante ver algunas diferencias en la puntuación al comparar los valores obtenidos de acuerdo al género como se puede observar en las figuras 6 y 8 respectivamente. Así pues, el análisis lo realizaremos de acuerdo al orden de presentación de las variables respectivas presentes en la figura 4 de la batería con resultados estandarizados, en sentido izquierda a derecha.

Analizando la variable percepción de estrés actual (PSS-14), los resultados generales indican que es una variable neutral como se puede ver en la figura 4 y que tanto para los hombres como las mujeres, la puntuación es cinco. Sin embargo, a nivel de género, las respuestas de mayor frecuencia muestran que si hay una diferencia. Así pues, observando en la tabla 13, los ítems de mayor frecuencia en las mujeres están en el ítem 5, donde 10 alumnas indican que “De vez en cuando” en el último mes han sentido que han afrontado con eficacia los cambios importantes que han estado ocurriendo en sus vidas; y en el ítem 7 con una frecuencia de 8 alumnas que indican que “A menudo” en el último mes han sentido que las cosas les va bien.

En relación a las respuestas de los hombres, observando la tabla 21, correspondiente a la variable estrés, el ítem de mayor frecuencia es el 6 y el 7, con 7 alumnos en cada uno, que responden que “A menudo”, en el último mes han estado seguros sobre sus capacidades para manejar problemas personales y han sentido que las cosas les va bien. Al respecto, relacionando los resultados con la literatura identificada, se puede señalar que los cambios físicos y psicológicos propios de la edad provocan inseguridad en la persona, en consecuencia, experimentan ansiedad dificultando la capacidad para afrontar problemas, siendo común que sientan temor sobre el futuro lo que les provoca constante agitación (Coleman, 2010).

En esta etapa es común que sientan inseguridad en el futuro inmediato, ocupando tiempo en pensar sobre alternativas referentes a estudios, trabajos, prácticas deportivas, entre otras, y que dependiendo del estado emocional cambiante del adolescente, lo puede tomar positiva o negativamente, en consecuencia, estas situaciones podrían provocar confusión y ansiedad. De ahí que, algunos autores (Schmitz, Hipp, 2010) indican que los cambios producidos en la adolescencia incrementan los niveles de estrés.

La etapa de la adolescencia para el ser humano, implica fuertes cambios biopsicosociales, que pueden desembocar en una verdadera crisis; de ahí que, el tener un apoyo permanente y apropiado, se vuelve indispensable para vencer inseguridades frente a su propio desarrollo y en concomitancia a los problemas de adaptación a su nueva realidad, de modo que, es muy importante el oportuno y adecuado manejo de los diversos problemas, evitando con esto llegar a altos grados de estrés. Según Carlos Santana, en la etapa de adolescencia, el no encontrarse con estrés es totalmente adecuado, en la medida que

permite a los estudiantes concentrarse en sus responsabilidades e integrarse efectivamente en el aula, manteniendo buenas relaciones con sus compañeros y docentes. (Santana, 2011, pág. 11).

Analizando la variable Flexibilidad / Inflexibilidad (AAQ-7), los resultados indican que es una variable de protección como se puede ver en la figura 4 y que, tanto para los hombres como las mujeres, la puntuación es la misma de cuatro, como se puede observar en las figuras 6 y 8 de los test con resultados estandarizados; sin embargo, a nivel de género, las respuestas de mayor frecuencia indican que si hay diferencia. Así pues, los ítems de mayor frecuencia en las mujeres, tal como se puede observan en la tabla 14, se presentan de forma muy singular, ya que los 7 ítems de los que consta el instrumento, todos presentan la misma frecuencia de 7 en la opción “Nunca es verdad”, que sus experiencias dolorosas dificulten sus vidas, tener miedo de sus sentimientos, la gente lleva una vida mejor que ellos; entre los principales.

Mientras que la mayor frecuencia en los hombres, como se muestra en la tabla 22, se presenta en los ítems 2 y 3, con 6 y 5 estudiantes respectivamente, que responden con la opción “Nunca es verdad”, que tengan miedo de sus sentimientos ni les preocupa no ser capaces de controlar sus preocupaciones y sentimientos. Considerando estos resultados obtenidos de la investigación, la gran mayoría de los investigados presentan una adecuada flexibilidad psicológica, cuyo valor está bajo la media establecida, y por tanto se la aprecia como una variable protectora. De ahí que, “si usted abre su mente a múltiples posibilidades, experimentará lo que los psicólogos de la Gestalt llaman un aprendizaje insight” (Woolfolk, 2010, p. 286). Es por esto que la reorganización cognitiva se la puede realizar con éxito, siempre y cuando haya una cierta flexibilidad psicológica.

Para Mercedes Alarcón, “la inflexibilidad psicológica provoca alteraciones en el comportamiento de la persona, debido a su incapacidad por adaptarse a los entornos que lo rodean” (Alarcón, 2010, p. 125). Tomando como referencia la cita y los resultados, se puede concluir que actualmente los estudiantes evaluados pueden adaptarse a los cambios existentes en su entorno, aspecto que es positivo para evitar alteraciones en su comportamiento que puedan afectar su condición.

Analizando la variable de consumo problemático de alcohol (AUDIT), observamos en la figura 4 de la batería con resultados estandarizados sin distinción de género, que tiene un

puntaje de uno, lo que la convierte en una variable protectora. Sin embargo es importante indicar que en la figura 5 del consumo de alcohol, se observa que en su gran mayoría los estudiantes han consumido o consumen alcohol dentro del último año, casi las 3/4 partes de la población estudiada se encuentra bajo consumo prudente o bajo riesgo. Esto coincide con lo expuesto por Laespada (2014) quien indica que el consumo de alcohol se ha vuelto una costumbre muchas veces ocasionada por presiones sociales, de ahí que, se ha convertido en un medio para socializar, divertirse y congeniar, sin mayor control de padres y autoridades. En este caso, los adolescentes consumen alcohol, siendo un comportamiento común, en donde no se visualiza los potenciales riesgos que ocasiona el consumo a su integridad.

El consumo de alcohol en base a los resultados obtenidos, es relevante para ambos géneros, en la medida que si bien el porcentaje mayor de consumo esta como prudente o de bajo riesgo, las probabilidades a un futuro no lejano, de incremento del mismo, si es preocupante. En el caso de mujeres y hombres, un porcentaje bajo se encuentra dentro de un consumo perjudicial. Si bien es cierto que se observó un mayor consumo de alcohol por parte de los hombres, inclusive presentando un pequeño porcentaje síndrome de dependencia, no es menos cierto que, los resultados muestran una situación de riesgo futuro, en la medida que si el consumo de alcohol es constante, generaría riesgos de dependencia. Sin embargo, sobre este particular, investigaciones de la Fundación Crear realizadas en el 2014, describen que las mujeres tienen una tendencia a mayor consumo de alcohol, aspecto que conforme el resultado obtenido, no se evidencia, teniendo los hombres niveles mayores de consumo que las mujeres.

El consumo de alcohol, así este en la categoría de consumo prudente o bajo riesgo, conlleva el potencial riesgo de hacerlo costumbre, lo cual provocaría serios riesgos de dependencia por iniciar su consumo a temprana edad, además de que su consumo no respeta o excluye clases sociales o estratos económicos, ya que culturalmente la bebida por lo general se encuentra en toda reunión social, misma que marca una tendencia en considerar a la bebida como un medio para facilitar la integración y socialización. De ahí que, los procesos de socialización en muchas ocasiones, se orientan a inducir a los adolescentes a consumir alcohol, es decir, en las reuniones entre adolescentes se va haciendo costumbre el alcohol, aspecto que se considera facilita la socialización, por esta razón, esta situación genera riesgo, en la medida que provoca un inicio en el consumo y un incremento progresivo. Al

respecto, Altarriba (2012) explica razones que motivan a los adolescentes a consumir alcohol entre las que justamente señala la necesidad de integrarse en círculos sociales, razón por la cual gran parte del consumo se debe justamente a emular prácticas de los compañeros y a una falta de orientación efectiva.

Fernández (2011) advierte que el alto consumo de alcohol en la adolescencia en la mayoría de países en América Latina está afectando la calidad de vida de la población, aspecto que por los datos obtenidos se evidencia un alto riesgo cuando los adolescentes tengan edades mayores y aumenten su consumo. Las consecuencias derivadas de este comportamiento se enfocan en afecciones a la salud, relaciones familiares, sociales y riesgos de caer en la delincuencia, prostitución, delitos sexuales, entre otros; de ahí que, la situación es alarmante, poniendo la estabilidad de la sociedad en riesgo. Al respecto, Roberto Cortez establece que “el consumo de alcohol frecuente provoca lesiones en el organismo, afectando la producción de glóbulos rojos, teniendo la persona mayor probabilidad de contraer enfermedades como el cáncer” (Cortéz, 2012, p. 57).

Con relación a la variable personalidad Tipo A, podemos observar en la figura 4 de resultados estandarizados, una puntuación de uno, y es considerada como una variable protectora, de ahí que, si miramos las figuras 6 y 8 de resultados con distinción de género, la puntuación tanto para mujeres como varones es igual a uno, siendo además, el ítem de mayor frecuencia tanto en mujeres como varones igual, tal cual lo podemos observar en las tablas 15 y 23 respectivamente, y corresponde al ítem 7 que a nivel de las mujeres tiene una frecuencia de 15 y en los varones de 9, al mismo que respondieron que “Sí”, alguna vez se han llevado trabajo a casa y seguían pensando en ello fuera del horario laboral / escolar. En este caso, se evidencia que eventualmente llevan el trabajo a la casa y mantienen una preocupación por sus responsabilidades académicas una vez terminada la jornada académica.

También son representativas las frecuencias de los ítems que hacen relación con el tener un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas, y el que de vez en cuando se sienten presionados por el tiempo. De ahí que, Enríquez (2012) indica que la personalidad Tipo A es más propensa a sufrir alteraciones en su salud, debido a la intensa participación que asume en sus funciones rutinarias. Es importante resaltar que los resultados muestran interés en los estudiantes por cumplir adecuadamente sus responsabilidades y sobresalir,

razón por la que, Melgosa (2011) menciona que la formación en valores permite que los estudiantes mantengan una adecuada responsabilidad de sus obligaciones, identificando la importancia de su cumplimiento para su desarrollo.

A su vez, indica que la educación permite reducir el consumo de alcohol y estupefacientes, en la medida que se genera conciencia de los daños que pueden provocar. En este caso, se observa responsabilidad y cumplimiento en los estudiantes con respecto a sus obligaciones, los cuales en su mayoría no tienen personalidad tipo A, lo que se entiende ayudaría a reducir el consumo de alcohol, debiendo como es lógico, organizarse charlas para que se identifique de mejor manera los riesgos existentes. Para soportar lo expuesto, se cita lo indicado por Caldas (2010) en donde señala que “la personalidad tipo A generalmente va asociada con el distanciamiento de la persona de su entorno, en la medida que la excesiva competitividad que tiene, afecta las relaciones con los demás”.

Analizando la variable de capacidad de las personas de adaptarse al estrés (BRS), observamos en la figura 4 de la batería con resultados estandarizados sin distinción de género, que tiene un puntaje de seis, razón por lo que, la convierte en una variable protectora. Por otra parte, la puntuación de esta variable tomando en cuenta la distinción de género, tiene una pequeña diferencia en su puntuación, así pues, las mujeres tienen una puntuación de siete, y los hombres seis, lo cual lo podemos observar en las figuras 6 y 8 respectivamente. A nivel consolidado, se puede observar en la tabla 9, que el ítem 3 presenta la mayor frecuencia con 16 en la categoría “Neutral” y que indica que no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante. Al haber contestado en la opción “Neutral”, nada es categórico, ya que se dejaría entrever que no participan de ninguna de las opciones ofertadas.

A nivel de género, podemos evidenciar en la tabla 17 de la frecuencia de adaptación al estrés, correspondiente a las mujeres, que el ítem 2 es el de mayor frecuencia con 11 estudiantes que contestan en la categoría “Neutral” a la pregunta la paso mal superando situaciones estresantes, mientras en la tabla 25 relativa a los varones, la mayor frecuencia corresponde al ítem 4, al que contestan en la categoría “Neutral” que para ellos es difícil recuperarse cuando algo malo sucede. Estas respuestas indicarían que eventualmente en las mujeres, en las situaciones de estrés no la pasan bien y en los varones que eventualmente cuando algo malo les ocurre, les cuesta recuperarse. Al respecto, Siebert

(2011) explica que “hay que mejorar cada vez más el manejo de los cambios turbulentos, de la presión continua y de los reveses que azotan a la vida” (p. 9).

Por consiguiente, es deseable la promoción de resiliencia desde edades tempranas, y más aún en la adolescencia, que es una etapa muy dinámica en el aporte de cambios biológicos, físicos y psicológicos, de esta manera se reducirían situaciones poco deseables y que podrían afectar su bienestar. Finalmente, Llobet (2008) indica que “la resiliencia surge como constructo teórico que intenta dar cuenta de las situaciones de desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo para patología o privación” (p. 11). Por lo tanto, es necesario alimentar una apropiada autoestima y vínculos afectivos deseables para fortalecerlos y afrontar de mejor manera necesidades o carencias insatisfechas y evitar degenerar en algún tipo enfermedad. Pero en términos generales, los estudiantes encuestados muestran capacidad de afrontar y superar dificultades que atraviesan.

Analizando la variable consumo de sustancias (ASSIST) en los últimos tres meses, los resultados generales indican que es una variable protectora como se puede ver en la figura 4 de resultados estandarizados, y en la tabla 10 de porcentaje de consumo de sustancias, observamos que el mayor porcentaje se encuentra en los ítems 1, 10 y 11, en el que la totalidad de los encuestados responde en la categoría “Nunca” a las preguntas de con qué frecuencia han consumido drogas, opiáceos y otras sustancias psicoactivas en los últimos tres meses; sin embargo, existiría una contradicción, ya que aunque sean un mínimo el porcentaje de estudiantes, si han consumido alguna sustancia. De ahí que, Rossi (2010) menciona que al ser un tema delicado que por lo general se entiende es incorrecto e inadecuado, los adolescentes no acostumbran a aceptar que consumen. Lo expuesto muestra un riesgo en donde no se puede considerar totalmente fiables los resultados obtenidos en la medida que puede haber los estudiantes que, aunque acostumbran a consumir estas sustancias, lo niegan.

A nivel de género femenino, podemos observar en la tabla 18 de frecuencia de consumo de sustancias, que en su gran mayoría las estudiantes “Nunca” consumen sustancias, sin embargo, es preocupante el hecho de que aunque sean solo dos, si lo hagan. Ellas contestaron a los ítems 2 y 8 en la categoría “Diario o casi diario”, que en los últimos tres meses si han consumido tabaco (que pueden ser en forma de cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.), y sedantes o pastillas para dormir (tales como el diazepam,

alprazolam, clonazepam, etc.). Entre tanto, a nivel masculino, observando la tabla 26 de frecuencia de consumo de sustancias, también en su gran mayoría, los alumnos “Nunca” consumen sustancias, pero igualmente representa una preocupación, ya que, aunque sean solo dos los estudiantes que en los ítems 8 y 9 responden que “Diario o casi diario” han consumido sedantes o pastillas, y alucinógenos, en los últimos tres meses, podría a un futuro corto, traerles consecuencias negativas a sus vidas. Finalmente, según informes del estudio de consumo de drogas realizado por la Fundación Semillas de Amor (2013), se señala que del 90% de adolescentes que fueron analizados positivo en el consumo de drogas mediante test de sangre, sólo el 3% aceptó el consumo. Esta situación establece la existencia de un riesgo, en la medida que pueden alterarse los datos principalmente por temor de los adolescentes a ser reprendidos.

Analizando los resultados generales de la variable depresión (PHQ-9), estos indican que es una variable protectora como se puede ver en la figura 4 de resultados estandarizados, y marca una puntuación de tres, y se evidencia en la tabla 11 de frecuencia de depresión, donde la mayor frecuencia lo presenta el ítem 9 con 23 investigados señalan que “Nunca” han considerado estar mejor muertos o han pretendido hacerse daño de alguna manera, razón por la cual, es un factor positivo, entendiendo que los estudiantes mantienen un respeto a su condición y la de los demás. En relación a los resultados por género, podemos indicar que tanto mujeres como varones tienen igual puntuación de tres, como lo demuestran las figuras 6 y 8; y en cuanto a la mayor frecuencia presentada en las mujeres, también existe un criterio igualitario con los varones, y lo podemos ver en las tablas 19 y 27 de frecuencia de depresión respectivamente, donde 13 mujeres y 10 varones responden que “Nunca” han pensado que estarían mejor muertas o han deseado hacerse daño de alguna forma.

El puntaje existente es positivo, en la medida que la depresión afecta a la persona, impidiéndole tener una capacidad de afrontamiento adecuada frente a los problemas que vive. Santiago Calderón indica que “la depresión altera completamente el comportamiento de la persona, maximizando los problemas que tiene, hecho que afecta su salud” (Calderón, 2011, p. 256). Sobre el mismo tema, Redondo (2009) indica que el consumo de drogas, alcohol y tabaco afecta no sólo la salud de los adolescentes sino también puede provocarles depresión tanto por los riesgos que su consumo provoca como por el desgaste físico y de salud.

Analizando la última variable protectora, Satisfacción Vital (LSQ), los resultados generales así lo indican, tal como se puede ver en la figura 4 de resultados estandarizados, y marca una puntuación de seis como lo evidenciamos en la tabla 12 de frecuencia de satisfacción vital. En el único ítem que contiene este instrumento cuyo pregunta es conocer cuál es el nivel de satisfacción con su vida en general, dentro de una escala que va de 0 “Completamente insatisfecho” a 10 “Completamente satisfecho”, la mayor concentración de estudiantes está en la escala 5 “Neutral” y 8, con una frecuencia de 10 estudiantes en cada uno, de ahí podemos inferir que, un porcentaje mayoritario de los investigados presentan un nivel sobre la media, y que lo consideramos alto, de satisfacción con su vida en general, siendo esto muy positivo para su adaptación e integración, y por lo tanto evitar en gran medida caer en el consumo de alcohol y sustancias.

Así pues, Ledesma (2010) señala que cuando se presentan síntomas de insatisfacción frente a la vida, existen altos riesgos de atentar contra la integridad personal y caer en el consumo de alcohol y drogas, en consecuencia, es de sumo interés el saber afrontar las vicisitudes de la vida, superarlas, y en base del aprendizaje vivido, mejorar las condiciones que les permitan obtener una mayor satisfacción vital. A nivel de resultados por género, observamos en la tabla 20 de frecuencia de satisfacción vital, que las mujeres tienen la mayor concentración con 8 alumnas en la escala 5 “Neutral”, mientras los hombres, según la tabla 28, presentan su mayor concentración con 5 estudiantes en la escala 8. Por consiguiente, podemos evidenciar que los hombres tienen un puntaje superior al de las mujeres, lo que indica una valoración positiva mayor por parte de ellos, respecto a logros versus fracasos, lo cual incidirá en crear nuevas expectativas y motivaciones que les permitan un mejor desarrollo y satisfacción vital.

Finalmente, analizando la última de las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental, la sensación subjetiva de soledad (UCLA), se evidencia falta de apoyo social y en consecuencia se presenta soledad, siendo ésta variable la única de riesgo, tal como se puede observar en la figura 4 de resultados estandarizados, su puntuación es de seis, y según los resultados generales de la tabla 8, observamos que hay dos ítems que tienen una mayor e igual frecuencia, estos son los ítems 5 y 9 con una concentración de 17 estudiantes en cada uno, que contestaron que “Siempre” sienten que hacen parte de un grupo de amigos y que se sienten personas sociales y amistosas.

A nivel de género, podemos ver en la tabla 16 de frecuencia de soledad, correspondiente a las mujeres, que la mayor concentración de frecuencia se encuentra en los ítems 3, 9 y 16, con 11 estudiantes en cada uno, los mismos que responden que “Rara vez” sienten que no hay nadie a quien puedan pedir ayuda; que “Siempre” sienten ser personas sociales y amistosas, y que “A veces” sienten que hay personas que realmente les comprenden. Mientras tanto, en los varones, en la tabla 24 de frecuencia de soledad, observamos que la mayor frecuencia se da en los ítems 1 y 17 con 8 estudiantes en cada uno, que responden que “A veces” sienten que la gente que les rodea les entiende, y que “Rara vez” se sienten tímidos.

Estas respuestas permiten colegir que algunos estudiantes sí perciben tener apoyo en caso de necesitarlo, al mostrarse sociales y amigables, conlleva que también se encuentran integrados. Razón por la cual, Solórzano (2009) indica la necesidad de que el adolescente se integre y encuentre afiliación en su entorno que le aporte en su desarrollo. Sin embargo, también se puede notar en los adolescentes investigados, que a pesar de tener apoyo, no necesariamente se traduce en entender y comprender los problemas como desearían ellos. Es por esto, que se percibe falencias a nivel de las personas que dan apoyo a los adolescentes, ya que parece no haber la suficiente empatía necesaria, para colocarse en el lado de los adolescentes, y desde esa perspectiva tan dinámica en cambios, tratar de entender y encontrar las mejores soluciones.

Como se observa, al calificarse la variable UCLA como de riesgo, se entiende que existen falencias y/o contingencias en los estudiantes, que puedan afectar su salud, en la medida que la soledad no es adecuada, mostrando problemas en su integración y socialización con los demás. Según Mauricio Salazar, “la soledad puede transformarse en depresión, afectando a la persona que no dispone de una integración efectiva en la cual se pueda relacionar con los demás” (Salazar, 2011, p. 21). Definitivamente, al ser el hombre un ser social por naturaleza, es de suma importancia que los adolescentes adquieran las destrezas necesarias para poder interrelacionarse apropiadamente en su entorno social, con esto logran tener mayor seguridad en sí mismos y sentirán que al estar acompañados, la soledad será más difícil que forme parte de sus vidas, ya que, a mayor apoyo social, las probabilidades de sentir soledad, serán menores.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis y descripción de resultados se puede concluir lo siguiente:

Las variables asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato pertenecientes a la zona No.4, Distrito 13D07, Circuito 13 D02C04_09 en el año 2015, y que corresponden a variables protectoras son: la flexibilidad psicológica, consumo problemático de alcohol, personalidad tipo A, adaptación al estrés, consumo de sustancias, depresión y satisfacción vital; presentándose la variable del estrés psicológico como una variable neutral; y la variable mediadora del apoyo social como la única variable de riesgo.

Las constantes que miden las variables psicosociales de la salud mental y consumo problemáticos de sustancias, corresponden al estilo de afrontamiento, tipo de personalidad y el apoyo social; mientras que los indicadores de criterio de salud mental se relacionan con el consumo de sustancias, con énfasis en el alcohol, la depresión, y el nivel de satisfacción vital, de manera que, el bienestar físico, mental, social y emocional son determinantes en la calidad de vida que tiene una persona, razón por la que, los factores citados, influyen en su comportamiento, debiendo estos ser identificados y evaluados para evitar que la persona no pueda superar los problemas que afronta y caiga en el consumo de drogas, tabaco, cocaína y demás estupefacientes que afectan su salud.

Existen dos variables en las que sus valores estadísticos son los más distantes al valor de la media, que corresponden al consumo problemático de alcohol (AUDIT) y al consumo de sustancias. Así pues, y a pesar de ser variables protectoras, en el caso del consumo de alcohol, hay la probabilidad de que en unos cuantos años, los estudiantes incrementen su consumo tomando en consideración que en la actualidad, casi las 3/4 partes de la población estudiada presentan ya un consumo prudente de alcohol, siendo la prevalencia mayor en el género masculino.

En cuanto a la variable asociada al consumo de sustancias (ASSIST) en los estudiantes de la institución investigada, siempre será preocupante que, aunque sea un mínimo el porcentaje de la población en riesgo, haga uso y abuso de ciertas sustancias dañinas para su salud física y mental. A nivel de resultados generales, concluimos que cuatro estudiantes han consumido, “A diario o casi diario”, tabaco, pastillas, o alucinógenos, lo cual representa

un 13,2% de la población total investigada; mientras que, el consumo por género, indica que son dos adolescentes mujeres y dos adolescentes hombres, los que han consumido tabaco y sedantes las mujeres; sedantes y alucinógenos los hombres.

Finalmente, se puede concluir que, la variable mediadora de apoyo social que evalúa la sensación subjetiva de soledad, es decir la sensación de una predisposición menor en cuanto a relaciones relevantes de la anhelada, básicamente en cuanto al apoyo emocional, corresponde a una variable de riesgo en la población investigada, razón por la que, estaría asociada al mayor o menor consumo de sustancias, tal como se analiza en la variable indicadora de criterio de salud ASSIST, siendo esto un factor a considerar en la salud mental de la población estudiada.

RECOMENDACIONES

En relación a las conclusiones presentadas, me permito recomendar lo siguiente:

Que las familias del entorno investigado, traten de llevar un estilo de vida más saludable, que incluya no solo los aspectos nutricionales y de ejercicio, sino también los psicológicos como la personalidad, fortaleciendo de sobremanera el vínculo filial-parental, a fin de generar en los adolescentes el sentirse queridos y seguros.

A las autoridades y docentes de la institución investigada, a pesar de que el consumo de alcohol en hombres es ligeramente superior al de las mujeres, crear programas con énfasis en ellas, ya que a nivel macro su consumo está aumentando y por su condición intrínseca, es más vulnerable a los efectos nocivos del alcohol. Se recomienda además que, los resultados obtenidos sean expuestos a los estudiantes y padres de familia, analizando causas y efectos que amenazan a los adolescentes por el consumo de alcohol y otras sustancias, permitiendo en conjunto promover medidas preventivas y correctivas que mejoren el entorno, y por ende, incidan en la salud mental y calidad de vida de los estudiantes.

A la comunidad en sus diferentes roles y manifestaciones, estar presente y participar sinérgicamente en el involucramiento de los adolescentes en diferentes proyectos sociales, brindando alternativas de entretenimiento, particularmente en ciertos sectores deprimentes de las grandes ciudades y en zonas del país donde los jóvenes perciben que es aburrido vivir. Al generar alternativas interesantes para el buen uso de su tiempo libre como eventos deportivos, cine educativo, arte, exposiciones, emprendimiento, etc., el riesgo de caer en su consumo decrecerá. Así pues, la capacitación direccionada y sin tabúes, permitirá además de crear habilidades de interacción, concientizar a los beneficiarios sobre los graves efectos que produce el alcohol, las drogas y otras sustancias, con miras de llegar y saborear el buen vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altarriba, F. (2012). *¿Por qué beben? Adolescentes y alcohol*. Barcelona: Ceac.
- Alarcón, M. (2010). *Psicología Aplicada*. México DF-México: Granica.
- Alcázar, F. (2010). *Consumo de drogas y alcohol*. Santa Cruz: Reseñas.
- Altamirano, Y. (2011). *La Adolescencia*. Madrid: UOC.
- Altarriba, F. (2012). *Porqué beben? Adolescentes y alcohol*. Barcelona: CEAC.
- Aragón, L. (2008). *Evaluación psicológica*. México: Pax México.
- Barrón, A. (2011). *Apoyo social, Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Bergeron, M. (2010). *Desarrollo psicológico*. Estados Unidos: Morata.
- Boza, Á. (2009). *Educación y desarrollo social*. Estados Unidos: Crecer.
- Caldas, B. (2010). *Psicología*. México DF: Entorno.
- Calderón, S. (2011). *Psicología*. México DF-México: Prentice Educación.
- Chávez, S. (2011). *Consumo de alcohol y otras drogas*. Madrid: Equipo de Investigación Sociológica.
- Chiriboga, R. (2012). *Desarrollo sexual*. Estados Unidos: Health C.A / CIM.
- Cloninger, S. (2011). *Teorías de la Personalidad*. Madrid: Pearson Educación.
- Coleman, J. (2010). *Psicología en la adolescencia*. México DF: Morata.
- Consumo de Drogas, E. U. (2014). Recuperado de <http://www.eluniverso.com/noticias/2014/11/28/nota/4277381/marihuana-droga-mas-consumida>, el 12 de junio de 2015.
- Cortés, R. (2012). *Salud y Vida*. México DF-México: Enciclopedia Vida.
- Crefat, F. (2014). *Consumo de alcohol en la adolescencia*. Recuperado de http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=818,1&_dad=portal30&_schema=PORTAL30, el 19 de junio de 2015.

- Delval, J. (2009). *El desarrollo humano*. México DF: Formas.
- Domínguez, M. (2010). *Formación en las diferentes etapas de vida*. Madrid: Díaz de Saltos.
- Dutka, A. (2010). *AMA*. Madrid: Sinergia.
- Enriquez, R. (2012). *Psicología*. Madrid: Díaz de Saltos.
- Ernest, A. (2011). *Marihuana, tabaco y alcohol*. Madrid: Díaz de Santos.
- Estévez, E. (2010). *Consumo de drogas*. México DF: AU Libres.
- Fernandez, C. (2011). *Prevención del consumo de alcohol y tabaco*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Fernández, G. (2009). *Productividad y Riesgo Psicosocial*. Madrid: Alicante.
- Ferrán, S. (2009). *El síndrome del Bournout*. Barcelona: Paidotribo.
- Forés, A. (2012). *La Resiliencia*. Madrid: Colección Socio Cultural.
- Frydman, F. (2011). *Cultivar el compromiso*. México: Granica.
- Fundación Crear, A. (2014). Obtenido de <http://crearnet.org.ar/es/>.
- Fundación Semillas de Amor, A. (2013). *Consumo de drogas en la adolescencia*. Obtenido de <http://fundacionsemillasdeamorecuador.blogspot.com/2011/04/drogas-inseguridad-y-violencia.html>, el 2 de junio de 2015.
- Gallego, J. (2010). *Educación en la adolescencia*. Estados Unidos: Thompson.
- Gamboa, S. (2011). *Resiliencia*. Buenos Aires: Bonum.
- Gándara, J. (2010). *Enfermería Legal*. Madrid: El Libro del Año S.L.
- García, J. (2011). *Consumo de drogas*. Madrid: Progreso.
- Gil, M. (2012). *Salud y fuentes de apoyo social*. México: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gómez, I. (2014). *Desarrollo Físico y Sexual en la Adolescencia*. Recuperado el 8 de mayo de 2015, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CRECIMIENTO.pdf>, recuperado el 28 de mayo de 2015.

- González, J. (2012). *Superar el estrés*. Estados Unidos: Prentice Hall.
- González, L. (2011). *Satisfacción en la persona*. Madrid: Díaz de Santos.
- González, M. (2012). *El consumo de drogas*. México DF: Ontario.
- Gracia, E. (2010). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: PAIDOS.
- Harold, A. (2008). *La personalidad*. Madrid: Kairos.
- Harris, J. (2014). *MedlinePlus*, c.. Recuperado de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001944.htm>, el 11 de mayo de 2015.
- Holguín, M. (2012). *La drogadicción*. Barcelona: ACIPRENSA.
- Joss, A. (2011). *El Cuerpo Humano*. Estados Unidos: Prentice Hall.
- Laespada, T. (2014). *Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. Una mirada ecológica*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Latorre, P. (2011). *La adolescencia*. Madrid: Entornos y Salud.
- Ledesma, G. (2010). *Desarrollo de la vida*. Madrid:ESIC.
- Le Scanff, C. (2009). *Estrés y Rendimiento*. Madrid: INDE.
- Leturia, F. (2010). *Prevención del riesgo psicosocial*. Madrid: Díaz de Santos.
- Lind, D.; Marchal, W. y Wathen, S. (2012). *Estadística aplicada a los negocios y la economía*. México: McGraw-Hill
- Llaneza, J. (2009). *Psicología Aplicada*. Madrid: Lex Nova.
- Llobet, V. (2008). *La promoción de resiliencia con niños y adolescentes*. Buenos Aires: CPE
- Luciani, J. (2012). *Como superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Amat.
- Mardomingo, M. (2011). *Psiquiatría del Adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Martín, D. (2010). *Salud y crecimiento*. Estados Unidos: Consultorios de salud.
- Martínez, R. (2011). *Salud Mental*. Madrid: ESIC.
- Melgosa, J. (2011). *Para adolescentes y padres*. Inglaterra: Nuevo Estilo de Vida.

- Mena, M. (2010). *La adolescencia y su desarrollo*. Bogotá: Salud.
- Montejo, Á. (2010). *Sexualidad y salud mental*. Barcelona: Glosa.
- Myers, D. (2010). *Psicología*. Estados Unidos: Panamericana.
- Nieto, R. (2010). *Consumo de drogas en los adolescentes*. Lima: Centro de Asistencia Social.
- OMS (2011). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> el 21 de mayo de 2015.
- OMS (2014). *Global status report on alcohol and Health. Individual Country Profiles*. Recuperado de http://www.who.int/Substance_abuse/Publications/global_alcohol:report/profiles/ecu.pdf?ua=1, el 14 de noviembre de 2015.
- OMS (2014). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>, el 11 de mayo de 2015.
- OMS (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/, el 18 noviembre de 2015.
- OMS (2015). *Salud Mental*. Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/, el 5 de mayo de 2015.
- Ortega, R. (2012). *La adolescencia*. Bogotá: Salud.
- Ovejero, F. (2009). *El Compromiso del método*. Madrid: Montesinos.
- Pachano, G. (2011). *Desarrollo social*. México DF: Centuria.
- Paglia, V. (2009). *De la compasión al compromiso*. Madrid: Narcea.
- Peiró, J. (2011). *Estrés Laboral y riesgos psicosociales*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Polaino, A. (2009). *Evaluación Psicológica*. Madrid: Instituto de Ciencias para la familia.
- Pullas, H. (2012). *Riesgos del consumo de drogas*. Bogotá: Amigo.
- Redondo, C. (2009). *Atención al adolescente*. Madrid: UC.
- Reichenberg, K. (2011). *Condición Social*. Navarra: Universidad de Navarra.

- Retamal, P. (2008). *Depresión*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Rossi, P. (2010). *Las Drogas y los adolescentes*. Madrid: Tébar.
- Ruiz, D. (2010). *La regulación verbal en la vida*. México DF: Universidad de Almería.
- Salazar, M. (2011). *Depresión y estrés*. Madrid-España: AOE.
- Santana, C. (2011). *Efectos del estrés en los adolescentes*. Madrid-España: ESIC.
- Santander, M. (2012). *Psicología*. México DF: Centium.
- Schmitz, C., & Hipp, E. (2010). *A Leader's guide to fighting with stress*. Estados Unidos: Pax México.
- Schneider, B. (2009). *Resiliencia*. Bogotá: Norma.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/>, el 21 de marzo de 2016.
- Serrano, M. (2009). *La educación para la Salud del Siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- Siebert, A. (2011). *La resiliencia: Construir en la adversidad*. Madrid: Alienta Optimiza.
- Solórzano, Y. (2009). *Cambios en la adolescencia*. Madrid: ESIC.
- Trickett, S. (2011). *Supera la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Hispano Europea.
- Ugalde, E. (2010). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Urrutia, G. (2012). *Estudio sobre la adolescencia*. México DF: Salud y Desarrollo.
- Vergara, R. (2010). *Etapas de crecimiento humano*. San José: Enciclopedia de Vida.
- Weber, R. (2010). *Efectos del Estrés*. Madrid: USC.
- Williams, M. (2010). *Las drogas y sus efectos*. Estados Unidos: I Health Center Publications.
- Woolfolk, A. (2010). *Psicología educativa*. México: Pearson Education
- Zabalegui, L. (2010). *La medida de personalidad*. Madrid: Comillas.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes.



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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____

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

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

Fuente: Departamento Psicología UTPL, 2015

Anexo 2. Instrumentos psicométricos: Estrés, flexibilidad, alcohol, personalidad tipo A.

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

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quiero.	☐ 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
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	☐ 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
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	☐ 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
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	☐ 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
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	☐ 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
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	☐ 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
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	☐ 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. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cócteles, etc.)?	☐ Nunca	☐ Una vez al mes o menos	☐ 2 a 4 veces al mes	☐ 2 ó 3 veces a la semana	☐ 4 ó más veces a la semana
2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consumió en un día típico cuando bebe?	☐ 1 ó 2	☐ 3 ó 4	☐ 5 ó 6	☐ 7, 8 ó 9	☐ 10 o más
3. En el último año ¿Con qué frecuencia consumió 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ A diario o casi a diario
4. En el último año ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ A diario o casi a diario
5. En el último año ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ A diario o casi a diario
6. En el último año ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ A diario o casi a diario
7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ A diario o casi a diario
8. En el último año ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	☐ No	☐ Sí, pero no en el curso del último año.	☐ Sí, en el último año.		
10. ¿A algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?	☐ No	☐ Sí, pero no en el curso del último año.	☐ Sí, en el último año.		

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

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

Fuente: Departamento Psicología UTPL, 2015

Anexo 3. Instrumentos psicométricos: Soledad, resiliencia, consumo de sustancias, depresión, satisfacción vital.

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

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

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

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

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

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

Gracias por su colaboración

Fuente: Departamento Psicología UTPL, 2015