



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 estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTOR: Lliquín Pérez, Diego Alejandro.

DIRECTOR: Lic. Espinosa Iñiguez, Jhon Remigio.

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA

AÑO 2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.

Licenciado:

Jhon Remigio Espinosa Iñiguez.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015”, realizado por Diego Alejandro Lliquín Pérez, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 08 de marzo 2016

Lic. Jhon Remigio Espinosa Iñiguez.

DIRECTOR.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Diego Alejandro Lliquín Pérez, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015”, de la Titulación de Psicología, siendo el Licenciado Jhon Remigio Espinosa Iñiguez director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Formar 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 de la (operativo) de la Universidad”.

f. _____

Autor: Diego Alejandro Lliquín Pérez

C.C.: 180311630-8

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mi familia.

A mis padres que han estado a mi lado todo este tiempo brindando su apoyo incondicional.

A mis hijos, quienes son las personas más importantes en mi vida, por quienes seguiré luchando día a día incansablemente para ser un ejemplo de vida y superación personal. A ellos quienes iluminan cada segundo de mis días y me brindan la fuerza necesaria para lograr cumplir con todos mis objetivos propuestos, les dedico este triunfo obtenido por ser fuente de inspiración en cada uno de los obstáculos que se presentaron, a los cuales logré vencer exitosamente.

Y a la persona que supo darme el apoyo en los momentos más difíciles de mi vida, a quien quiero y respeto por el simple hecho de estar presente cuando más necesitaba de su cariño y comprensión (V.J).

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, quienes han sabido inculcar en mí valores como: la perseverancia, la honestidad, el respeto, la dedicación y me han brindado el apoyo necesario para que poco a poco supere las adversidades y logre cumplir mis objetivos.

A mis tutores y maestros quienes con dedicación y esmero me guiaron y orientaron a cumplir mis objetivos y a todos aquellos que confiaron en mi capacidad para lograr cumplir mis sueños.

A la Mgtr. Inés Catalina Villamagua Jiménez, por sus oportunos consejos que contribuyeron para la culminación de mi trabajo de titulación de una manera exitosa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	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 TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Salud mental.....	6
1.1.1. Definición de salud mental.....	6
1.1.2. Factores asociados a la salud mental.....	7
1.1.2.1. Personalidad.....	7
1.1.2.2. Estrés.....	10
1.1.2.3. Apoyo social.....	11
1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.....	13
1.1.2.5. Compromiso vital.....	14
1.1.2.6. Resiliencia.....	14
1.1.2.7. Ansiedad y depresión.....	16
1.1.2.8. Satisfacción vital.....	17
1.2. Consumo de drogas	19
1.2.1. Consumo problemático de drogas.....	19
1.2.2. Consumo problemático del alcohol.....	23
1.2.3. Causas del consumo de la droga.....	26

1.2.4.	Consecuencias del consumo de la droga.....	29
1.3.	Adolescentes.....	33
1.3.1.	Desarrollo biológico.....	34
1.3.2.	Desarrollo social.	37
1.3.3.	Desarrollo psicológico.....	38
CAPÍTULO 2:	METODOLOGÍA	42
2.1.	Objetivos:.....	43
2.1.1.	General.	43
2.1.2.	Específicos.	43
2.2.	Preguntas de investigación.	43
2.3.	Diseño de investigación.	44
2.4.	Contexto.	44
2.5.	Población.	46
2.6.	Métodos, técnicas, e instrumentos de investigación.....	48
2.6.1.	Métodos.....	48
2.6.1.1.	Método descriptivo.....	48
2.6.1.2.	Método estadístico.....	48
2.6.1.3.	Método Transversal.	48
2.6.2.	Técnicas.	48
2.6.2.1.	Batería de instrumentos psicológicos.....	48
2.7.	Procedimiento.....	51
2.8.	Recursos.....	53
CAPÍTULO 3:	ANÁLISIS DE DATOS.....	55
3.1.	Resultados obtenidos.....	56
3.1.1.	Datos psicosociales.	56
3.1.2.	Análisis de resultados generales.....	57
3.2.	Discusión de los resultados obtenidos.	78
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	84

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86
ANEXOS	91
Anexo1. Batería de cuestionarios.	92
Anexo 2. Carta de presentación.....	95
Anexo 3. Consentimiento informado rectores	96
Anexo 4. Formulación de asentimiento informado.	98
Anexo 5. Formulación de consentimiento informado.....	99
Anexo 6. Informes recibidos por parte de los Rectores de las Instituciones.	100

ÍNDICE DE TABLAS.

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Tabla 1. Distribución de la muestra.....	47
Tabla 2. Recursos materiales y económicos.....	54
Tabla 3. Frecuencias Perceived Stress Scale (PSS-14)	58
Tabla 4. Frecuencias Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	59
Tabla 5. Frecuencia Type A Behavior Scale (TYPE A)	60
Tabla 6. Frecuencia Loneliness Scale Revised-Short (UCLA)	61
Tabla 7. Frecuencia Brief Resilience Scale (BRS)	62
Tabla 8. Frecuencias The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	62
Tabla 9. Frecuencias Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)	63
Tabla 10. Frecuencia Satisfaction Life Question (LSQ).....	64
Tabla 11. Frecuencia Perceived Stress Scale (PSS-14)	65
Tabla 12. Frecuencias Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	66
Tabla 13. Frecuencia Type A Behavior Scale (TYPE A)	67
Tabla 14. Frecuencia Loneliness Scale Revised-Short (UCLA)	68
Tabla 15. Frecuencia Brief Resilience Scale (BRS)	69
Tabla 16. Frecuencias The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	69
Tabla 17. Frecuencias Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) ...	70
Tabla 18. Frecuencias Satisfaction Life Question (LSD)	70
Tabla 19. Frecuencias Perceived Stress Scale (PSS-14)	72
Tabla 20. Frecuencias Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)	73
Tabla 21. Frecuencia Type A Behavior Scale (TYPE A)	74
Tabla 22. Frecuencia Loneliness Scale Revised-Short (UCLA)	75
Tabla 23. Frecuencia Brief Resilience Scale (BRS)	76
Tabla 24. Frecuencia The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	76
Tabla 25. Frecuencias Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9) ...	77
Tabla 26. Frecuencia Satisfaction Life Question (LSQ).....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Figura 1. Género de los participantes.	56
Figura 2. Edad de los participantes.	56
Figura 3. Año de Bachillerato.	57
Figura 4. Figura de batería con los resultados estandarizados.	57
Figura 5. Test de AUDIT.	59
Figura 6. Batería con resultados estandarizados. Género Femenino.	64
Figura 7. Porcentajes test AUDIT. Género femenino.	66
Figura 8. Batería con resultados estandarizados. Género masculino.	71
Figura 9. Porcentajes test AUDIT. Género masculino.	73

RESUMEN

La presente investigación surgió del tema “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015”, donde se analizó la distribución de las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental.

Se aplicó una batería con 10 cuestionarios en una muestra de 57 estudiantes, la investigación descriptiva y la técnica de la encuesta que permitió recolectar información sobre la problemática objeto de estudio, las variables consideradas fueron: un cuestionario de variables psicosociales, estrés percibido (PSS_14), consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ASSIST), inflexibilidad psicológica (AAQ-7), personalidad tipo A (TYPE A), consumo problemático de alcohol (AUDIT), resiliencia (BRS), sensación subjetiva de soledad (UCLA), depresión (PHQ-9) y satisfacción vital (LSQ).

Luego del análisis se concluye que las variables de la personalidad tipo “A” y la sensación subjetiva de soledad (UCLA), mostraron ser variables de riesgo tanto para hombres como para mujeres.

PALABRAS CLAVES: salud mental, adolescentes, consumo de sustancias, factores psicosociales.

ABSTRACT

This research emerged from the topic "Analysis of the psychosocial variables associated with mental health in freshmen and sophomore year in Zone 1, 10D01 district and circuit 10D01C01, 10D01_C04_05_07 of Ecuador 2015", where the distribution was analyzed psychosocial variables associated with substance use and mental health.

a battery with 10 questionnaires in a sample of 57 students, descriptive research and survey technique that allowed gathering information on the issue under consideration was applied, the variables considered were: a questionnaire of psychosocial variables, perceived stress (PSS_14) , alcohol, snuff and other drugs (ASSIST), psychological inflexibility (AAQ-7), personality type A (tYPE A), problematic alcohol consumption (AUDIT), resilience (BRS), subjective feeling of loneliness (UCLA), depression (PHQ-9) and life satisfaction (LSQ).

After the analysis we conclude that the variables of type "A" personality and the subjective feeling of loneliness (UCLA), were shown to be risk variables for both men and women.

KEY WORDS: mental health, adolescent substance abuse, psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015”, tiene como finalidad conocer las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental de los adolescentes, además de seleccionar las variables predictoras del consumo problemático de sustancias y la relación que tienen estas con la salud mental.

Consta de tres capítulos los cuales se encuentran detallados de la siguiente manera: El marco teórico se encuentra en el capítulo I, donde se establecen los contenidos bibliográficos sobre la salud mental, consumo de drogas y los adolescentes siendo estos los temas principales que sustentan a la investigación, a la vez se consideró la opinión de varios autores realizando comparaciones y llegando a diferentes conclusiones.

La metodología comprende el capítulo II, donde se encuentra el objetivo general y específicos, preguntas de investigación, diseño de investigación, contexto, población métodos, técnicas e instrumentos de investigación, procedimiento y recursos.

El análisis de datos comprende el capítulo III, aquí se analiza e interpreta los resultados de las encuestas aplicadas a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de los establecimientos, para conocer más a fondo las variables psicosociales que afectan la salud mental de los adolescentes de una manera técnica.

La importancia de la investigación para las instituciones educativas radica en ayudar a detectar los factores de riesgo y protección, por los que atraviesa la población investigada, detectar los índices de consumo, las sustancias que consumen, las estrategias de afrontamiento, para de esta manera brindar una adecuada información de datos relevantes a las autoridades de los establecimientos educativos quienes, deberán actuar de acuerdo a los resultados obtenidos, además de comprender el desarrollo, intereses, inconvenientes que atraviesan los adolescentes en nuestro país, donde las sustancias psicotrópicas son el factor de riesgo modificable que causa por sí mismo un mayor número de consumo entre los adolescentes.

Con el objetivo de lograr estos propósitos se pudo realizar la investigación de tipo descriptiva, estadística y transversal, para dar respuesta al problema de investigación. Pudiendo evidenciar que existen variables de protección y de riesgo.

La investigación realizada permitió un desarrollo operativo viable, cuyo propósito fue la búsqueda de las variables psicosociales que afectan la salud mental a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015, logrando así el objetivo de analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo problemático de sustancias y salud mental.

Además existió la colaboración de autoridades, personales docentes, administrativos y educandos de las instituciones seleccionadas para el desarrollo de la investigación, se contó con una amplia información bibliográfica para la construcción del marco teórico. Razón por la que, esta investigación aspira a constituirse en un material de apoyo tanto para la institución como para la concientización de padres de familia y lectores en general en cuanto se refiere a las variables psicosociales que pueden ser factores de riesgo así como factores de protección para los adolescentes.

Como conclusión importante, la variable sensación subjetiva de soledad (UCLA) y la variable de comportamiento tipo "A" son variables de riesgo para la salud mental de los adolescentes investigados, quienes demuestran tener un mínimo problema en el consumo de alcohol y drogas, logrando así cumplir con el objetivo de identificar las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias que afectan la salud mental.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Salud mental

1.1.1. Definición de salud mental.

En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) se define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

Al preguntarnos qué es la salud mental, lo primero que surge es el contraste con la locura. Es decir, entendemos la salud mental como lo opuesto a la enfermedad mental, a la que tendemos a considerar como sinónimo de «locura». Por tanto, la salud mental sería la ausencia de locura; de este modo se podría concluir fácilmente que la salud mental es la situación de la mayor parte de las personas, mientras que solo unos pocos, considerados como raros, sufren «locura». (Cabanyes, 2012, p.27)

Oblitas (2010) afirma:

“La salud es entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, que abarca la esfera subjetiva y el comportamiento del ser humano, siendo este un concepto positivo que amplía distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo” (p.3).

En consecuencia, la constitución Ecuatoriana desde el punto de vista integral de la salud (Capítulo segundo Art. 32) reconoce la salud mental como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el buen vivir.

De modo que la salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. (Trullenque, 2010)

De esta manera “El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez” (OMS, 2008).

En base a lo citado se concluye que, la salud mental es de vital importancia en el desarrollo de las sociedades y de los países del mundo en lo que se refiere al bienestar personal, las relaciones familiares y el éxito en las contribuciones a la sociedad. Por lo que Oblitas (2010) y la OMS (2008) concuerdan que la salud mental es una entidad médica que causa discapacidad significativa, que produce una alteración en los procedimientos afectivos y cognitivos, provocando dificultades para razonar, comprender la realidad y adaptarse a las diferentes situaciones de la vida diaria, es así que la salud mental se entiende como la capacidad del individuo, del grupo, de la sociedad y del ambiente en el cual se encuentra inmerso para interactuar de forma que promueva un buen desarrollo de las habilidades mentales, su integridad como ser humano digno de una vida justa. En la literatura internacional mencionan que una persona mentalmente saludable es una persona que vive mediante el amor, la razón, la fe, respetando la vida propia y la de sus hermanos, es decir la salud mental óptima es la que mantiene un desarrollo adecuado y brinda la felicidad necesaria a la persona, una buena salud mental es el eje fundamental de una vida saludable, la cual ayudará a mantener estable, psíquica y físicamente a las personas y podrán afrontar de una manera razonable el diario vivir.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental.

1.1.2.1. Personalidad.

A continuación se presenta las definiciones más importantes de la personalidad:

La personalidad se define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configuran la constelación completa de la persona. (Millon, 2006, p.2)

Es la manera de cómo se caracteriza al individuo, es decir cómo se ajusta a las situaciones de su vida, como está influida por su cultura, por su pensamiento, la influencia de los factores biológicos o de la experiencia de las etapas anteriores de su vida. Cloninger (2003) la define como: “Las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (p.3).

Trastornos de personalidad del grupo “A”.

A estos trastornos se los caracteriza por conductas raras excéntricas, están conformados por una serie de rasgos, incluyendo competitividad, un sentido de tiempo y una combinación peligrosa de ira, cinismo, y hostilidad, Friedman y Rosenman entrevistaron a 3000 hombres saludables de mediana edad y a través de las entrevistas y cuestionarios escritos, pudieron indicar que estos individuos caminan y hablan rápido, trabajan hasta tarde, interrumpen a sus interlocutores a mitad de una frase, detestan esperar en las filas, se pasan la luz amarilla al conducir, agreden con palabras a otras personas cuando se sienten frustrados, se esfuerzan por ganar a toda costa y ahorran tiempo haciendo varias cosas a la vez, pudieron observar su conducta verbal y no verbal (Kassin, Fein y Hazen, 2013).

“Estas personas son menos conscientes en su salud, es decir tienden a fumar, ingerir alcohol, consumir sustancias psicotrópicas, hacer menos ejercicios y comer menos alimentos saludables” (Kassin, Fen y Hazen, 2013, p.517).

Este tipo de conductas son difíciles de cambiar debido a que nuestra sociedad asocia este comportamiento como necesario para lograr el prestigio profesional basada en la competitividad, la impaciencia y la antipatía. Además, estos patrones de conducta tienen su raíz desde la infancia y parece estar más determinado por el ambiente que por los genes, los niños observan el modo en que actúan los adultos que les rodean, aprendiendo tanto la conducta agresiva y competitiva así como otras conductas más relajadas (Sandra, 2011).

Oblitas (2010) afirma:

Que en aquellos sujetos que sufren patologías isquémicas, se ha descubierto que las características principales de personalidad serían el alto nivel de perfeccionamiento, la inflexibilidad, la susceptibilidad en sus relaciones sociales y una baja autoestima. Se ha caracterizado a la personalidad de este grupo como patrón de conducta Tipo “A” que ha sido analizado junto con uno de sus componentes principales, la hostilidad. A pesar de que muchos estudios sean centrado en estudiar el rol de la hostilidad como factor de riesgo para contraer la enfermedad coronaria. (p.227)

A este grupo pertenece el trastorno de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico:

Trastorno paranoide da la personalidad [301.0].

Las personas con trastorno paranoide de la personalidad muestran desconfianza injustificada, hipersensibilidad y renuencia a confiar en otros (Sue, Sue, y Sue, 2012).

Además pueden demostrar una restricción en sus sentimientos y tienden hacer rígidos y preocupados por creencias infundadas que surgen de sus sospechas y sensibilidad. La característica esencial de este trastorno de la personalidad es que posee un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos. (American Psychiatric Association [APA], 2000, p.771)

Trastorno esquizoide de la personalidad [301.20].

Este trastorno está marcado principalmente por el aislamiento social, frialdad emocional y la indiferencia hacia otros. Las personas con este trastorno tienen un largo historial de deterioro de funcionamiento social.

Además de poseer un patrón de “desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal” (APA, 2000, p.775).

Trastorno esquizotípico de la personalidad [301.22].

“Es un malestar de patrón intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento” (APA, 2000, p.779).

En base a lo citado en párrafos anteriores se concluye que las personas que tienen una personalidad del tipo A son raros y excéntricos, por las similitudes entre sus características a este tipo pertenecen los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico, así lo afirma la (APA), De ahí que las personas que padecen estos trastornos tienden a comportarse de una manera poco saludable, así lo afirma Kassin et al., (2013) cuando menciona que estas personas son menos conscientes en su salud, es decir tienden a fumar, ingerir alcohol, consumir sustancias psicotrópicas, hacer menos ejercicios y comer menos alimentos saludables. Logrando así un comportamiento perjudicial para su salud,

principalmente problemas cardiovasculares, estas personas se impacientan drásticamente cuando alguien atrasa algún trabajo que ellos necesitan tener en cierto momento, tienen un grado elevado de hostilidad, de ira, y de agresividad, así lo afirmó Oblitas (2010), además que estas personas siempre están estresadas y casi todo el tiempo se encuentran de mal humor.

1.1.2.2. Estrés.

El término estrés introducido en el ámbito de la salud por Selye en 1936. Es uno de los más utilizados en la actualidad y quizá por ello uno de los que tiene un significado menos preciso, Selye lo utilizó para designar la respuesta general del organismo a un estresor o situación estresante, pero posteriormente se ha utilizado tanto para designar esa respuesta general como para la situación que la desencadena o los efectos de esta. No obstante, parece haber cierta unanimidad para atribuir al estrés la responsabilidad de una gran cantidad de trastornos psicológicos y fisiológicos. (Oblitas, 2010, p.25)

A continuación se presenta varias definiciones sobre lo que es el estrés:

Bertrán (2010) indica: “estrés es el conjunto de reacciones psicológicas y físicas que incomodan, como consecuencia de tener que enfrentar situaciones demandantes, peligros reales o potenciales y otras presiones que exigen una necesidad de adaptación mayor que la habitual” (p.72).

El autor Cullari (2001) afirma: “estrés se refiere a cualquier factor o circunstancia ambiental que pueda tener un impacto negativo sobre el propio cuerpo y de este modo dispara el proceso de la enfermedad” (p.303).

Por otro lado el estrés es considerado como:

“Un estado de excitación desagradable que se origina cuando percibimos, que las exigencias de una situación amenazan nuestra capacidad para afrontar de manera afectiva” (Kassin et al., 2013, p.510).

Gutiérrez (1998) (como se citó en Oblitas, 2010) siendo el “padre de los estudios del estrés” había incluso diferenciado resultados “agradables o desagradables”. Al que provoca los primeros le denominó como “eustrés”, y al segundo “distrés”, o “mal estrés”. Afirma al respecto que “el hecho de que el eustrés cause mucho menos daño que el distrés demuestra gráficamente que es el “como te lo tomes” lo que determina, en último término, si uno puede adaptarse al cambio de forma exitosa. Sin embargo, estas distinciones no modificaron su

concepción general del estrés como “respuestas inespecíficas a los diversos estímulos positivos o negativos que actúan sobre él.

En consecuencia el estrés en sí no es una enfermedad, es una respuesta del sujeto-física y psicológica- frente al cambio y las exigencias en especial, frente a esos sucesos que nos resultan amenazadores o que nos crean conflicto, los síntomas más comunes es el insomnio, irritabilidad, problemas de memoria, falta de concentración, pérdida del apetito, cansancio, bajo rendimiento académico, dificultad para tomar decisiones, falta de interés en las cosas y las personas, sentimientos de desconfianza, pesimismo, y en síntesis, pérdida de la capacidad de ser feliz (Bertrán, 2010).

De manera que el apoyo deficiente en la infancia por parte de los padres o las personas que rodean a los adolescentes es uno de los factores provocadores del estrés, el aislamiento social, y la deficiencia de un apoyo adecuado del sistema en el cual ellos se desenvuelven puede ser la causa de que fluyan algunos estresores provocando un malestar fisiológico o psicológico, que perturbará su diario vivir (Sue, et al., 2012).

Razón por la que no todos reaccionan de la misma manera frente a las situaciones que se presentan, exigencias, demandas, toma de decisiones, obligaciones, cambios drásticos o inesperados es indispensable saber que el estrés no siempre es negativo, puede proporcionar la energía, la fuerza, la adrenalina necesaria para afrontar los diferentes retos que se presentan en el día a día, en el cual pueden afrontar cambios, ayudar a cumplir metas incluso a solucionar problemas, es algo inherente de todos los seres humanos, una parte esencial y absolutamente necesaria en la vida de las personas.

1.1.2.3. Apoyo social.

El apoyo social ha dirigido en las últimas décadas buena parte de los intereses de los científicos sociales que redescubren la importancia de los vínculos interpersonales en la salud y la calidad de vida. Este tópico de investigación encuentra sus antecedentes en el clásico trabajo de Durkheim (1897) como se citó en Hombrados, (2013) sobre el suicidio, en el que exponen la influencia negativa que tiene el aislamiento social y la ruptura de las redes sociales en el aumento de la mortalidad y más concretamente en el suicidio. (Hombrados, 2013, p.121)

El autor Cullari (2001) afirma:

“Apoyo social es la apreciación de uno de estar confiadamente conectado con los demás” (pág. 360).

En todos los casos, el apoyo social constituye un componente o un mediador para mejorar la calidad de vida, ya que éste actúa previniendo el estrés, la enfermedad y fomentando la salud. La mayoría de los estudios que relacionan apoyo social y salud mental se suele clasificar según se trate de salud física o de salud mental y en ellos también se analiza si el apoyo social tiene un efecto directo o protector sobre la salud (Hombrados, 2013).

Por lo que los recursos útiles de afrontamiento proporcionados por amigos y demás personas que conforman redes de apoyo, tiene efectos terapéuticos en nuestro bienestar psicológico y físico, estas relaciones sociales son terapéuticas por muchas razones. Nuestros amigos nos pueden incentivar a salir adelante en determinados problemas, alimentarnos de la mejor manera, ejercitarnos y cuidarnos a nosotros mismos. También nos proporcionan solidaridad, confianza alguien con quien hablar, consejo además de una segunda opinión. (Kassin, et al., 2013, p.532)

De ahí que las personas bien relacionadas tienen muchos amigos, miembros familiares y otros asociados que brindaran todo el apoyo que la persona así lo requiera. Cullari (2001) refiere que el apoyo decretado viene hacer las acciones concretas que otros realizan cuando prestan asistencia.

En base a lo citado se concluye que el apoyo social es fundamental en las diferentes etapas de la vida. Brinda seguridad, consuelo, mejora el autoestima, aumenta la confianza y da solución a los problemas tanto intrapersonales como interpersonales. Entre lo mencionado por Cullari (2001) y Hombrados (2013) se resume que existe dos tipos de apoyo, el informal como es la familia, amigos u otros asociados, y el formal como son los grupos de apoyo quienes están conformados por psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud, a su vez esto es fundamental para afrontar las diferentes crisis que se puede atravesar en el diario vivir. Todas las personas necesitan ayuda para poder hacer frente a los diferentes problemas que se presentan en el transcurso de la vida y así mejorar la capacidad de afrontamiento, ya que el apoyo social es un eje fundamental en la solución de problemas.

1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.

La inflexibilidad psicológica se refiere a la imposibilidad de cambiar la manera de afrontamiento que tienen determinadas personas para adaptarse a situaciones cambiantes y que pueden ser difíciles de afrontar, causando de esta forma un dolor psicológico y emocional, con lo cual sería difícil adaptarse al medio social. La inflexibilidad psicológica nace de la evitación experiencial, el enredo cognitivo, el apego a un self conceptualizado, la pérdida de contacto con el presente y la falla en comprometerse con los pasos conductuales necesarios en función de los valores propios (Hayes, 2011).

De esta manera la inflexibilidad psicológica se traduce en sentimientos de culpabilidad, padecimiento de dolores y malestares crónicos. Por otra parte algunas personas se acostumbran a padecer tensiones, malestares, dolores continuos y no perciben que existen soluciones para aliviar sus alteraciones emocionales también este dolor es lacerante, quemante, punzante y desgarrador que a veces hace que la persona viva encogida sobre sí misma (Navarro, 2007).

La evitación experiencial no es un problema psicológico en sí mismo, es una dificultad cuando imposibilita a la persona a realizar de forma adecuada sus diversas labores cotidianas, es indispensable conocer que los rasgos de carácter inflexibles son rasgos resistentes al cambio. Este cambio puede ocurrir a través de auto-examen o la resolución de problemas a través de otros métodos, pero los rasgos inflexibles están a salvo de estos agentes de cambio. Parte de este escudo es creado por la incapacidad de una persona inflexible o falta de voluntad para examinar estos rasgos. Esto evita cualquier descubrimiento del error rasgo o limitación (Redalcy.org, 2012).

Por consiguiente y en base a lo citado se concluye que la inflexibilidad psicológica es la incapacidad de cambiar la manera de afrontamiento que tienen determinadas personas. Hayes (2011) y Navarro (2007) concuerdan que estas personas tienen muchas dificultades para hacer frente a los problemas cotidianos, padecen de un dolor psicológico el mismo que evita que logre adaptarse al medio en el que se desenvuelve, logrando con ello problemas emocionales y psíquicos. De esta manera, la resistencia al cambio hace más difícil la respuesta a los problemas que atraviesan, manteniendo una incapacidad para lograr el equilibrio en su afrontamiento.

1.1.2.5. Compromiso vital.

El compromiso vital hace referencia a la implicación con la meta elegida, a la actitud de elegir el camino vital en función de los valores personales propios, de manera que esa realidad psíquica individual que cada persona construye se convierta en un compromiso vital lleno de sentido. Los fundamentos teóricos que sustentan este “nuevo” punto de vista sobre el comportamiento humano se puede encontrar en autores muy diversos, cuyos planteamientos se articulan mediante los conceptos de protagonismo, responsabilidad y acción: desde el constructivismo de G. Nelly que abre la vía a la actual terapia narrativa; la logoterapia de Viktor Frankl, orientada hacia la definición de los valores vitales; la teoría de la elección, de William Glasser con su énfasis en la responsabilidad personal a la hora de elegir nuestro comportamiento o la psicología positiva de Martin Seligman, orientada hacia el cultivo de las fortalezas personales (Álvarez, 2002).

Para cumplir este compromiso es necesario encontrar las soluciones necesarias, no las explicaciones innecesarias. En el fondo se sabe que esas explicaciones son habladurías para esconder su falta de compromiso y su voluntad para triunfar en la vida y esto equivale a vivir en el círculo de los perdedores (Borghino, 2015).

Para concluir el compromiso vital es la determinación que implica a una persona hacia lo que quiere lograr en el futuro, cumplir sus objetivos, lograr su autorrealización, el compromiso que cada uno tenga determinado por el esfuerzo, el bienestar, la responsabilidad y la acción que se le ponga a cada una de las metas propuestas, llegando a tener una vida plena y llena de felicidad. La persona comprometida es generosa, busca como dar más afecto, cariño, esfuerzo, bienestar, en otras palabras: va más allá de lo que supone en principio el deber contraído. Es feliz con lo que hace hasta el punto de no ver el compromiso como una carga, sino como el medio ideal para perfeccionar su persona a través del servicio a los demás.

1.1.2.6. Resiliencia.

Los estudios sobre los efectos que los factores de riesgo tienen sobre diferentes poblaciones han desvelado que no todas las personas responden de la misma forma ante las mismas situaciones de riesgo. De hecho, en condiciones similares de riesgo, los niños dentro de la misma familia no tienen por qué responder de la misma manera: unos pueden reaccionar negativamente y otros, en cambio, consiguen afrontar la situación de forma exitosa, es decir, desarrollan la capacidad de ser resilientes ante situaciones adversas. (Hombrados, 2013, p.54)

De manera que la resiliencia o también llamada capacidad de recuperación (elasticidad) indica la manera de afrontar las situaciones que aquejan el diario vivir de las personas. La capacidad de algunos niños, adolescentes y adultos para reaccionar y recuperarse de las adversidades, lo que implica un conjunto de características que permiten una adaptación exitosa, pese al riesgo y amenazas. (Bertrán, 2010, p.80)

Siendo la resiliencia principalmente de naturaleza intrasíquica, es hasta cierto punto adaptativa en naturaleza y representa el mejor intento del individuo para tratar de la mejor forma posible una situación difícil, implica el deseo de evitar algo negativo o de no abandonar algo seguro o positivo (Cullari, 2001).

De ahí que en psicología se utiliza el concepto para identificar los procesos y hechos que permiten a los individuos y familiares soportar los desafíos y estados persistentes de estrés con éxito.

Para la autora Tagle, 2000 como se cito en Bertrán (2010) escribió: la resiliencia es la capacidad que tienen las personas para superar la adversidad y poder salir fortalecido de ella.

Razón por la que menciona que existen diferentes cualidades que poseen este tipo de personas las cuales detallamos a continuación:

- Insight (Darse cuenta)
- Independencia
- Interacción
- Iniciativa
- Creatividad
- Humor
- Moralidad

Las personas que tienen una capacidad de afrontamiento adecuado pueden manejar la adversidad de la mejor manera, superando los diferentes tipos de estresores, y factores de riesgo como pueden ser (la muerte de un ser querido, maltrato psicológico, consumo de drogas, consumo de alcohol, etc.). Es indispensable contar con una buena autoestima, autonomía, es decir rasgos de personalidad favorables, además del apoyo condicional de la familia y de la comunidad en la cual pertenecen.

En base a lo citado por Cullari (2001) y Tagle (2000) se concluye que la resiliencia es de naturaleza intrapsíquica, la cual representa el mejor intento del individuo para tratar de la mejor forma posible una situación difícil, afrontar la adversidad y salir fortalecida de ella. Siendo la seguridad, la autoestima, el apoyo social factores relevantes para el fortalecimiento de la misma, es importante que las personas puedan contar con el apoyo familiar y social para mantener una salud mental más sana, con menos problemas físicos, sociales, psicológicos y así encontrar modos de aceptar, aprender y crecer a partir de todas las experiencias que brinda nuestra vida.

1.1.2.7. Ansiedad y depresión.

La depresión es, sin duda, una de las enfermedades mentales más frecuentes en la población general, los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia a lo largo de la vida de al menos 5% de ella. Este padecimiento es considerado dentro de la categoría de trastornos de estado de ánimo de la Asociación Psiquiátrica Americana [APA], citado en Oblitas (2010) que incluye a los desórdenes que se caracterizan por una disfunción del estado de ánimo, una emoción prolongada que matiza la vida psíquica en general, acompañada de síndromes maniacos o depresivos (Oblitas, 2010).

Por otro lado la depresión es: “Un estado en que la persona se siente abrumada por la tristeza, falta de interés en las actividades y tal vez un exceso de culpa o sentimiento de minusvalía” (Morris y Maisto, 2008, p.397).

“Casi todos los pacientes deprimidos están ansiosos, pero no todos los ansiosos están deprimidos. Esto significa que ciertos síntomas medulares de la depresión no se hallan en la ansiedad y, por ende, reflejan lo que es “puro” de la depresión” (Barlow y Durand, 2003, p.223).

La ansiedad es un estado de ánimo que clínicamente puede presentarse en una variedad de trastornos, a saber: trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés posttraumático. Tomados juntos, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 10 a 20% en la población general, lo cual los constituye en las enfermedades mentales de mayor incidencia en el mundo. (Oblitas, 2010, p.254)

Tanto la ansiedad como la depresión amenazan la estabilidad emocional de las personas y en sentido general el bienestar mental. “La ansiedad es, en un principio una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, mas o menos difusas, que produce el organismo para reaccionar frente a situaciones de peligro” (Bertrán, 2010, p.98).

Por esta razón se concluye que en la vida existen sucesos estresantes que desencadenan la vulnerabilidad biológica como psicológica. Los cambios físicos, sociales y emocionales en la adolescencia, el matrimonio, la muerte de un ser querido, las presiones sociales, etc. Son las causantes de la ansiedad y la depresión. Como menciona Bertrán (2010) la ansiedad es, en un principio una respuesta normal y adaptativa ante ciertas amenazas. A diferencia de las personas deprimidas, ya que se encuentran en un estado donde se sienten abrumadas por la tristeza, con una falta de interés en las actividades y talvez un exceso de culpa o sentimiento de minusvalía, sabiendo que casi todos los pacientes deprimidos están ansiosos, pero no todos los ansiosos están deprimidos así lo afirman los autores Barlow y Durand (2003). La ansiedad como la depresión afecta la salud mental de una manera considerable provocando muchos malestares tanto físicos, sociales, psicológicos y fisiológicos. Se debe mantener la prioridad en los casos de personas vulnerables, aplicando la atención primaria la misma que ayudara a mejorar la comunicación con sus pares, y mejorar su desarrollo emocional, logrando con esto equilibrar su afrontamiento a los diferentes estresores causantes de estos trastornos y mejorar su bienestar psicológico.

1.1.2.8. Satisfacción vital.

Es un bienestar subjetivo es decir la felicidad o satisfacción de la vida de una persona, la cual se mide a través de autoinformes. (Kassin, et al., 2013)

El bienestar subjetivo “Es la evaluación que realizan las personas de su vida, un proceso que incluye las emociones y la satisfacción (Hombrados, 2013, p.44).

Por lo que la relación que existe entre las variables de satisfacción, felicidad y autoevaluación de salud difiere en las distintas etapas de desarrollo del ser humano. En los jóvenes por lo general estas variables dependen de la relación con sus amigos y el amor que siente que le entrega su entorno, en los adultos su familia y el ámbito laboral. Es por esta razón que los jóvenes atraviesan por etapas de depresión o no encuentran un equilibrio emocional en cambio los problemas de los adultos se centran en el ámbito laboral y familiar y buscan

equilibrio entre estos dos factores y se proponen mayores expectativas de vida y es por eso que alcanzan mayor equilibrio que los jóvenes (Díaz, 2007).

Es por esto que la integridad y claridad del término se retoma de la OMS, que amplía el término explicándolo como: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (OMS, 2008).

“En general, existe bastante acuerdo en que la calidad de vida debe evaluarse teniendo en cuenta tanto las condiciones externas objetivas como los factores subjetivos” (Hombrados, 2013, p.43).

De manera que el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; Los primeros constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc.), que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida (García y Gonzales, 2000).

Teniendo en cuenta que hay tres predictores claves de la felicidad, que son: las relaciones sociales (las personas con una vida social activa, amigos cercanos y un matrimonio feliz están más satisfechas que aquellas que no tienen estas relaciones íntimas); la situación laboral (independientemente del ingreso de las personas con un empleo son más felices que las desempleadas); y la salud física y mental (las personas sanas son más felices que las que no están). (Kassin, et al., 2013, p.540)

En base a lo mencionado por Díaz (2007) y por la OMS (2008) se concluye que satisfacción vital es la motivación principal que tienen las personas que habitan en este planeta. Hombrados (2013) y Kassin, et al., (2013) concuerdan que la satisfacción vital es la satisfacción que tienen las personas con su vida, además la felicidad es inalterable. Aristóteles mencionaba que la felicidad era la recompensa de una vida activa. Freud lo vinculó con el trabajo y el amor, y muchos otros mencionaban que la felicidad está en el dinero, poder, status etc. La satisfacción vital, es haber logrado las metas propuestas en todos los ámbitos, además de mantener una autoestima alta, buena salud física, sentido de control personal, recuerdos

positivos más que negativos, es decir haber logrado formar una persona íntegra en todo sentido, para afrontar la vida que tienen de la mejor manera y manteniendo una salud mental adecuada y en equilibrio.

1.2. Consumo de drogas

1.2.1. Consumo problemático de drogas.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2004) reportan que la marihuana es consumida por lo menos una vez al año por cerca de 150 millones de personas en el mundo. Asimismo ubican el consumo de marihuana y el de cocaína entre las principales demandas de atención de tratamiento por consumo de drogas ilícitas en América del Norte, con 28 y 29%, respectivamente mientras que en el Centro y Sudamérica el consumo de la marihuana ocupa el 60% de los problemas de drogas mientras que la cocaína el 26%. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2004)

Uno de los principales problemas de los jóvenes de nuestra sociedad es la falta de ilusiones y perspectivas respecto a su futuro. Si a ello le añadimos el afán de muchos padres por no escatimar recursos para que nada les falte a sus hijos, entenderemos porque muchos jóvenes carecen en la actualidad de la capacidad para demorar la obtención de gratificaciones y realizar esfuerzos dirigidos hacia metas aun lejanas. Para la mayoría de ellos lo importante es el ahora y, sobre todo, compartir ese presente con aquellos compañeros que muestran afinidad en la forma de vestir, en la música que les gusta, y el desarrollo de múltiples actividades placenteras acordes con su momento evolutivo. En este contexto podríamos plantear que valor desempeña el alcohol o las drogas en su vida. (Rodrigo y Palacios, 2010, p.433)

La Organización Mundial de la Salud afirma que las drogas son toda sustancia química, natural o artificial que modifican la psicología o actividad mental de los seres humanos. El termino científico equivalente es sustancia psicoactiva. Según la noción jurídica las drogas son: cualquier sustancia natural o sintética en capacidad de generar efecto sobre el sistema nervioso central, generar una dependencia psíquica, física y construir un peligro sanitario o social. OMS (como se cito en Camejo y Aguilar , 2009, p.5)

El consumo de drogas:

“Constituye actualmente un importante problema de salud pública y es en la etapa de la adolescencia donde se inicia el consumo. La necesidad de la prevención viene determinada por la incidencia de la droga en nuestra sociedad” (Hombrados, 2013, p.223).

Razón por la que una sociedad sin drogas es un espejismo y su negación no es sino una forma de alimentarlo. En realidad ninguna sociedad organizada puede vivir sin amortiguadores químicos. Los que afirman que la droga es un azote como la peste y, por tanto, que desaparecerá como aquella lo hizo, olvidan que la droga es más antigua que la peste, con raíces inmemoriales y universales y que fue su paso del campo de lo sagrado al de lo profano lo que lo ha hecho crecer y multiplicarse. (García y Sanchez, 2011, p.17)

Camejo y Aguilar (2009) afirman:

La incorporación al estilo de vida que prolifera en las sociedades de consumo se establece con mayor nitidez en la década de los 60 y coincide con la nefasta progresiva caracterización de la droga como mercancía de comercialización altamente rentable y solo superada por el tráfico de armas en un mundo regido por la tendencia neoliberal, donde el estilo de vida comunista pretende establecer como paradigma las crudas leyes del mercado que se priorizan sobre el bienestar social individual. (p.4)

Si bien el consumo de drogas no es exclusivo de esta época, ya que se encuentran antecedentes de su uso, desde la antigüedad, lo que preocupa hoy, es la masificación del problema y la disminución de la edad de inicio. Esto hace pensar en la necesidad de agudizar nuestra mirada en aquellos factores condicionantes presentes en el discurso social actual, que inciden en la familia, en la escuela, en la sociedad en general, y que genera la aparición de estas conductas proclives al consumo desmedido de todo aquello que le ofrece la sociedad de hoy (sexo, diversión desmedida, etc.) entre lo que se encuentra el consumo. (Barrón, 2010, p.19)

Este consumo de sustancias que afectan la conciencia y el comportamiento parece remontarse a los albores de la humanidad cuando el hombre primitivo en su etapa de recolectar comenzó a interesarse por el efecto de las plantas y logró mediante ensayos y error acumular rudimentarios conocimientos que pronto se hicieron exclusivos de una élite cuyos poderes en gran parte se basaban en la supuesta comunicación con fuerzas

sobrenaturales durante sus viajes alucinóticos, experiencias generalmente transmitidas a sus descendientes en forma directa. (Camejo y Aguilar, 2009, p.4)

Sin embargo, lo que lleva a una persona a incursionar en el consumo de drogas y las razones por las cuales desarrolla el trastorno de dependencia, involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo. La dependencia se caracteriza por el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas asociadas con su empleo. Este comportamiento fue tradicionalmente considerado como una “mala decisión” que el sujeto adicto toma en forma voluntaria. Sin embargo, gracias al avance en el conocimiento de la neurobiología de las adicciones, ahora se sabe que el consumo repetido de drogas se sigue de cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central (Insulza, 2013).

Las conductas adictivas se han convertido en un grupo de trastornos de gran relevancia en razón de su alta prevalencia en la población, tanto adulta como adolescente. El número de individuos dependientes de la nicotina y del alcohol, solamente, se cuenta por millones en cada país. Aunque en menor grado, la adicción a las drogas ilegales ocupa un lugar nada despreciable, sobre todo por los problemas físicos que acarrear su consumo, especialmente en los últimos años, aparte de la alarma social que ha producido el consumo incremental de sustancias como la heroína, la cocaína y la marihuana. (Oblitas, 2010, p.92)

En la actualidad la droga no es privativa de una clase social, sino que afecta a todas las clases sociales, de esta manera vemos que, en las clases bajas se consume ante la falta de contención social y perspectivas de futuro; en las clases acomodadas el consumo está referido a la búsqueda de mayores emociones, para matar el tedio de vivir. (Barrón, 2010, p.31)

En consecuencia el consumo abusivo de las drogas, tanto legales como ilegales, supone un importante problema de salud que afecta de manera especial a los adolescentes afectando su rendimiento académico y su desarrollo personal y social, se debe considerar que, por lo general, no se consume drogas ilegales sin haber pasado antes por las drogas de entrada como son el (alcohol, tabaco y cannabis), causando graves consecuencias negativas a nivel físico, psicológico y social lo cual preocupa a los padres de familia, los gobiernos, profesionales de la salud y las instituciones educativas. (Oblitas, 2010, p.377)

De manera que todas las drogas de abuso directa o indirectamente, atacan el sistema de gratificación del cerebro inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en regiones del cerebro que regulan el movimiento, las emociones, la cognición, la motivación y los sentimientos de placer. La sobre estimulación de este sistema que recompensa nuestros comportamientos naturales, produce los efectos de euforia que buscan las personas que abusan de las drogas y les enseña a repetir este comportamiento (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2008).

En resumen todas las drogas tienen la capacidad de generar adicción, pero precisamente la peculiaridad de una sustancia radica en los problemas de salud, económicos y sociales que genera, trizada en la que se encuentran enormes diferencias. Así, por ejemplo, mientras el tabaco es la sustancia que causa mayor mortalidad, el alcohol es la que produce mayores problemas sociales, laborales y económicos. Así lo indica Becoña, 1995 (citado en Oblitas, 2010, p.92)

De ahí que Oblitas (2010) ratifica que las estrategias tradicionales, como la transmisión de información, la educación afectiva o los programas de alternativas, continúan siendo las más comunes y a la vez las más ineficaces en la prevención de las conductas de abuso. Orientaciones más recientes como por ejemplo el entrenamiento en habilidades de resistencia o la mejora de competencias personales han comprobado una mayor eficacia. (p.384)

Es decir la prevención es una de las actividades más importantes en relación al problema adictivo, según la OMS la mayoría de los países del mundo cuentan con algún organismo o dependencia encargada de esta actividad solo la mitad dispone de un presupuesto asignado de manera específica lo cual se traduce en acciones que no logran en muchos casos alcanzar los objetivos planteados. (Gonzales y Matute, 2013)

En síntesis las drogas en la actualidad son un problema de salud pública la cual se inicia con mayor frecuencia en la adolescencia así lo menciona tanto Oblitas (2010) como Hombrados (2013) quienes de la misma manera mencionan que la prevención es la actividad mas importante en contra de la adicción, además de ser necesario que el uso de las sustancia sea eliminado o reducido al minimo evitando con esto el sufrimiento tanto familiar, social, como personal. Vale recordar que las drogas en sí tienen raíces inmemorables y universales así lo dijo García y Sánchez (2011) que fue su paso del campo de lo sagrado al de lo profano lo que lo ha hecho crecer y multiplicarse, refiriéndose con esto a los antiguos quienes utilizaban la marihuana como uso medicinal y no como uso comercial, existiendo en la década de los 60

donde se consumía con mayor nitidez y coincide con la nefasta progresiva caracterización de la droga como mercancía de comercialización, las drogas quienes se encargan de atacar al sistema de gratificación del cerebro, provocando una sobre estimulación tanto a nivel cognitivo, emocional, conductual y aumentando los sentimientos de placer, perjudicando los factores físicos, psicológicos y sociales los mismos que traen preocupaciones a los gobiernos, a los padres y a una gran parte de la humanidad.

1.2.2. Consumo problemático del alcohol.

“Beber alcohol esta aceptado socialmente. La televisión, el cine, la prensa muestra imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo. La bebida se asocia al éxito, a la vida social y al placer” (Oblitas, 2010, p.381).

Sin duda la droga más utilizada de todos los tiempos en la mayoría de las sociedades es el alcohol. Reconocido también por ser un depresor del Sistema Nervioso Central, no obstante que su uso común puede ser visto como un infaltable acompañante de la fiesta y la alegría cuando se consume moderadamente. Esto hace creer en principio, que genera reacciones más estimulantes y hasta eufóricas, que depresoras. (Bilbao, 2014, p.33)

De manera que el alcohol es la droga por antonomasia, ya que ha acompañado al hombre a lo largo de su historia conocida. Se supone que las primeras bebidas alcohólicas aparecen por fermentación con los primeros recipientes capaces de mantener miel y otros azúcares (10.000 años ac). Pero la gran explosión del consumo de alcohol ocurre en la Revolución industrial en el siglo XIX. Los descubrimientos de Pasteur sobre la fermentación paralelos al desarrollo tecnológico de la época, ocasionaron la aparición de una potencial industria alcoholera que abarató la producción y el precio, haciendo accesible al alcohol a las capas más pobres de la sociedad. (García y Sánchez, 2011, p.72)

El alcohol tiene un alto grado de toxicidad y genera una dependencia física, rápida y fuerte, al mismo nivel que los opiáceos y muy por encima de la cocaína o el cannabis. El síndrome de abstinencia puede ser muy intenso, llegando al llamado delirium tremens (pérdida de la realidad, visiones alucinatorias). Además de la embriaguez y del propio síndrome de dependencia, entre los principales problemas de salud generados agravados por el consumo abusivo del alcohol pueden citarse los efectos sobre el

aparato digestivo y gastrointestinal (ulceras, colon irritable); sobre el cerebro, el sistema cardiovascular, neurológico o muscular (hipertensión); la deshidratación; los trastornos sexuales (impotencia esterilidad) y del embarazo (síndrome alcohólico fetal); la diabetes, la epilepsia y la pancreatitis crónica; la cirrosis y otras enfermedades hepáticas; el desarrollo de determinados cánceres; las alergias; los envenenamientos; las neurosis; las psicosis; la irritabilidad; la alucinosis o el insomnio. (Perales y Del Pueyo, 2006, p.106)

De manera que el alcoholismo “es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal, cuyas características son tolerancia y dependencia física y cambios patológicos en los órganos vitales” (Oblitas, 2010, p.79).

Debido a que el alcoholismo es uno de los problemas de salud pública más grave que se presenta en la actualidad. Se considera que es la droga que más se consume y de la que más se abusa, por los estudios realizados se sabe que los hijos de padres alcohólicos son más vulnerables a esta adicción que los hijos cuyos padres no lo son. Las personas que tienen una historia familiar con progenitores que han abusado del alcohol se enfrentan a un riesgo mayor. Esta conducta nociva afecta tanto a los hombres como a las mujeres y se calcula, que 3.3 millones de adolescentes, de entre 14 y 17 años, que toman bebidas alcohólicas presentan signos o síntomas que podrían desencadenar problemas graves relacionados con el alcohol. (Oblitas, 2010, p.80)

De ahí que el hogar es la primera fuente de alcohol de los jóvenes; no obstante, la supervisión de los patrones conductuales difiere en los distintos ambientes y grupos sociales, de lo cual derivan sus distintas consecuencias. Los hijos de algunas familias, aunque se inician precozmente, no favorecen la bebida ni toleran la intoxicación, considerando necesario para la socialización, pero sin rebasar límites más bien precisos y cortos que no conducen a problemas. Otras familias impulsan el consumo, especialmente entre hombres de cualquier edad, reforzando la imagen del alcohol como “indicador” de madurez e hipermasculinidad o “machismo”. (Souza y Machorro, 2007, p.60)

Respecto al consumo de alcohol, éste se define como la ingesta de una bebida alcohólica en diferentes tipos: cerveza, vino, tequila, ron, whisky, coolers, brandy, vodka. Donde la bebida alcohólica estándar es el equivalente a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de cinco onzas, una copita de licor de cuatro onzas o un trago de alcohol de 1.5 onzas, es decir, el equivalente a 0.5 onzas o 12 gramos de etanol. Tapia, 2001, citado en (Alvares, 2011)

En consecuencia el comportamiento humano es alterado por: “la ingesta de alcohol. Aun en cantidades pequeñas, se observa depresión del sistema nervioso que causa bradipsiquia con disminución en la capacidad de aprendizaje, pérdida de la memoria, disminución de la autocrítica y marcado aumento de la agresividad” (Roque, 2014, p.210).

Razón por la que los efectos de la concentración de alcohol en la sangre sobre el organismo, en los planos biológico y psicológico, son muy diversos; tales síntomas aparecen y se acentúan de forma gradual y son variables, desde una simple sensación de relajación y desinhibición del sujeto hasta la pérdida del control motor y la consciencia, e incluso en concentraciones extremas la muerte. (Gonzales y Matute, 2013, p.123)

Para el autor Gonzales y Matute (2013) las principales consecuencias del consumo crónico de alcohol; son: “desde alteraciones anatómicas cerebrales hasta cambios en la tasa de activación neuronal de estructuras como la corteza prefrontal y el área tegmental ventral, con alteración por tanto de procesos cognoscitivos y ejecutivos” (p.131).

En base a lo citado en los párrafos anteriores se puede concluir que el alcohol es una droga legal en todos los países del mundo la cual es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal así lo respalda el autor Oblitas (2010). Representando hoy por hoy los principales problemas de salud pública, teniendo alteraciones biológicas y psicológicas siendo estas muy diversas a nivel anatómico y cerebral, además de alterar los procesos cognoscitivos y ejecutivos, causando a su vez depresión del sistema nervioso, nerviosismo, pérdida de memoria etc. A su vez Gonzales y Matute (2013) piensan que el alcohol va desde una simple sensación de relajación hasta la pérdida del control motor y la consciencia. Refiriéndose con esto que los síntomas del consumo de alcohol dependerá de la cantidad de consumo del individuo para los diferentes problemas tanto sociales, familiares, y emocionales. De ahí que se debe educar desde el hogar por ser una de las principales fuentes de información para los jóvenes siendo la responsabilidad de los padres, docentes y del estado él de velar por una vida sana y un crecimiento acorde a los estándares de vida mundiales en donde se indica el cuidado de la salud integral de los jóvenes.

1.2.3. Causas del consumo de la droga.

Las causas que llevan al consumo de las drogas son muy variadas y pueden ir desde problemas afectivos, pasando por frustraciones, la falta de valores. Entre la juventud, el consumo es especialmente grave porque todavía poseen escasa formación y madurez. “Los jóvenes empiezan a consumir droga por curiosidad, por afán de aventura, porque está de moda, porque supone una especie de rito, de tránsito para considerarse mayores” (González, 2008, p.132).

Razón por la que las causas para la drogodependencia son múltiples y por lo general complejas y articuladas. No todas las personas que tienen carencias afectivas desarrollan algún tipo de adicción. Hay una serie de factores que actúan para que la enfermedad se desencadene. Según la OMS, la drogodependencia es el producto de la interacción de tres elementos: la persona, la droga y el medio ambiente o momento sociocultural. (Rossi, 2008, p. 21)

Las primeras causas visibles del consumo de las drogas aparecen ante los ojos del adicto como simples casualidades, como accidentes ocasionales o pasajeros. En la etapa primera del síndrome, esos efectos no son registrados en su gravedad y suelen aparecer como ataques de pánico o de ansiedad, estos efectos se reiteran con el correr del tiempo y se hacen más perceptibles, las modificaciones que se producen en el organismo de quien consume droga regular y compulsivamente esta vinculadas al hábito al acostumbramiento o tolerancia y a la dependencia. (Rossi, 2008, p. 31)

En las últimas décadas se ha avanzado de forma considerable en la formulación de teorías y en la investigación de la etiología, algunas de las teorías proponen los componentes cognitivos, destacando el papel de los déficit en los procesos de toma de decisiones, (modelo de creencias de salud de Beck, 1974). Las teorías del aprendizaje social destacan la influencia negativa de los modelos consumidores (Bandura 1977), los modelos de las teorías de personalidad subrayan la vulnerabilidad individual o las características afectivas (la teoría de autodepreciación de Kaplan.1980), los estudios que ponen a prueba esas y otras teorías han identificado factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas en la adolescencia y factores protectores que reducen los efectos de dichos riesgos. (Oblitas, 2010, p.380)

Para los autores. Camejo y Aguilar (2009) afirman que las diferentes causas del consumo de drogas son las siguientes:

Individuales:

- Pobre motivación y rendimiento escolar.
- Pobre autoestima y estimulación positiva.
- Autocontrol deficiente o ausente.
- Escasos conocimientos sobre sexualidad.
- Maltrato de cualquier tipo.
- Limitaciones físicas o mentales.

Educacionales:

- Conducta correctiva no adecuada con la etapa del desarrollo.
- Pobres conocimientos de los profesores y profesionales de la salud y adultos sobre el proceso de adolescencia.

Familiares:

- Dificultades en la organización familiar.
- Hogares incompletos.
- Roles parentales asumidos por nuevas parejas.
- Padres ausentes.
- Roles paternal no bien definidos.
- Ausencia de valores positivos.
- Antecedentes de madres adolescentes.
- Familias ampliadas.
- Relación familiar conflictiva.(p.6)

Entre los factores de riesgo sociales se han señalado: “la percepción y actitudes ante las drogas, los estereotipos sociales, la presencia social y la oferta de las drogas, la presión grupal. La ocupación del ocio y tiempo libre, los valores culturales y la situación social y personal” (Hombrados, 2013, p.224).

De modo que la influencia social en el comportamiento va desde la presión implícita de las normas de un grupo, hasta las trampas que tienden las peticiones directas y las poderosas órdenes de la autoridad. En cada caso la gente, elige si reacciona con conformidad o independencia, cumplimiento o asertividad, obediencia o desafío. De toda la investigación, es tentador concluir que entre mayor presión se ejerza sobre las personas, mayor es la influencia. (Kassin, et al., 2013, p.250)

Por su parte Oblitas (2010) menciona que dado el gran número de factores que contribuyen al consumo de drogas, parece apropiado plantear una etiología multicausal en donde se considera que los factores sociales y personales actúan en forma conjunta facilitando la iniciación y escalada en el consumo de drogas, mientras otros pueden estar más influidos por los familiares o por amigos que consumen o mantienen actitudes y creencias favorables al consumo. Las influencias sociales tienen un mayor efecto en jóvenes psicológicamente vulnerables, con pobres habilidades sociales y competencias personales, baja autoestima, ansiedad o estrés. (p.384)

De manera que se podría decir que el consumo responde: A nivel personal, a las necesidades no satisfechas de cada individuo o grupo para paliar una carencia (identidad, prestigio, reconocimiento, pertenencia), buscando en la misma, ilusoriamente, el sustituto de aquella. La droga le permite al sujeto incursionar en una realidad, temporal y espacial diferente a la cotidiana; funciona como intermediario, como puente para alcanzar ciertos logros que, por la vía normal no los alcanza; le da mayor eficiencia laboral, corporal intelectual, memoria, le permite aumentar su nivel de rendimiento cuando está bajo su efecto. EL común denominador es la búsqueda de algo que da sentido al acto, la necesidad de transgredir y modificar la realidad de su campo perceptivo, o un estado de ánimo que lo perturba. Es el remedio que nada remedia, ya que esclaviza y destruye al sujeto que consume y a su entorno. (Barrón, 2010, p.31)

De ahí que la búsqueda de la verdad, la búsqueda de uno mismo es primordial para el hombre, pero muchas veces se equivocan los medios para llegar al objetivo deseado. La droga es un camino falso, una ilusión que puede empeorar las cosas, es aquí donde son ilustrativas las palabras de Jhon Lenon cuando menciona "Yo estuve en todos los lados y solo me encontré en mí mismo. No es necesario drogarse porque uno no es capaz de soportar el propio dolor. (Rossi, 2008). Finalmente los cambios sociales, económicos, tecnológicos y de toda clase que hemos vivido en los últimos 50 años han facilitado el cambio del tipo de hombre, en el más amplio sentido. Desaparece la ruralización y se incrementa la urbanización, se cambia el modo de producción, de

intercambio de bienes, es decir, muere un sistema social y una forma de ver el mundo, lo cual produce falta de referentes en muchos individuos. En otros casos, ante la disponibilidad de dinero que permite adquirir bienes, algunos optan por adquirir sustitutos más accesibles que producen placer inmediato. Y allí, en este placer inmediato, radica la mayoría de las adicciones. (Oblitas, 2010, p.150)

En base a lo citado en párrafos anteriores se concluye que las causas del consumo de la droga se dan a nivel familiar, individual y educacional, siendo ésta una etiología multicausal en donde se considera que los factores sociales y personales interactúan facilitando la iniciación y escalada en el consumo de drogas, de manera que el nivel social es uno de los factores más influyentes en el consumo de estupefacientes por la influencia que causan ciertos sectores de la sociedad en la cual se desenvuelven los jóvenes, logrando con esto un comportamiento que va desde la presión implícita de las normas de un grupo, hasta las trampas que tienden las peticiones directas y las poderosas órdenes de la autoridad, es así que Barrón (2010) afirma que la droga le permite al sujeto incursionar en una realidad temporal y espacial diferente a la cotidiana; funciona como intermediario, como puente para alcanzar ciertos logros que por la vía normal no los alcanza. Siendo esta una de las causas por la que los adolescentes empiezan su consumo por el deseo de salir de la realidad, el de sentirse más seguros, para así cumplir sus objetivos sin darse cuenta que caen en un abismo que no todos logran salir perjudicando su vida y causando un inmenso dolor a las personas que los rodean y a la sociedad en general.

1.2.4. Consecuencias del consumo de la droga.

Las consecuencias de las drogas dependen del tipo de droga, pero también y de forma muy relevante de las pautas y patrones de consumo de drogas (frecuencia, dosis o cantidad, vía, policonsumo o consumo de varias drogas en la misma sesión de consumo, etc.) y de factores personales y contextuales. La frecuencia de consumo puede ir desde la mera experimentación hasta el uso diario, hablándose a veces de uso regular de drogas si se usa al menos semanalmente. (Sarría y Villar, 2014, p.611)

Rossi (2008) menciona las siguientes modificaciones que se produce en el organismo de quienes consumen droga regular y compulsivamente. Las cuales se menciona a continuación:

- **Hábito.** Es la adaptación del organismo a la droga. En el transcurso del tiempo, la misma dosis tiende a disminuir el efecto. Esto quiere decir que para mantener un mismo nivel de respuesta, se deberá incrementar progresivamente el consumo.

- **Tolerancia.** Es la facultad que tiene el organismo, a través del tiempo, de poder soportar dosis elevadas de una droga. Cada droga tiene sus consecuencias específicas y reacciones adversas. La tolerancia es un estado de adaptación por el cual el organismo puede absorber una cantidad de droga que para una persona no adicta sería altamente tóxica o incluso mortal. Se han visto casos de adictos a la morfina que se inyectaban dosis cincuenta veces más a la necesaria para calmar cualquier dolor, sin tener graves consecuencias. La tolerancia en un individuo se pone de manifiesto cuando para poder producir el mismo efecto, demanda una dosis mayor de droga. También se habla de “tolerancia cruzada” cuando la tolerancia hacia una droga induce al organismo a generar tolerancia hacia otra que el individuo nunca ha consumido. Otro caso es el de la “tolerancia inversa”, que se da con ciertos fármacos que producen efectos aún en dosis decrecientes. La “tolerancia farmacocinética” se refiere a la forma en que la droga es metabolizada dentro del organismo más allá de la conducta que pueda adoptar el individuo y la “tolerancia funcional” es la que se refiere a los sitios precisos en los cuales la droga actúa como, por ejemplo, los neurotransmisores interneuronales.

- **Dependencia.** Es la sujeción del individuo a la droga, en esta etapa es prácticamente imposible la recuperación del adicto. Hablamos de “dependencia cruzada” cuando dicha droga puede ser reemplazada por otra y provoca en el organismo un efecto semejante. Antes se creía que la adicción grave se reducía a la dependencia física o sea a los cambios biológicos que afectan al cuerpo, hoy se da igual importancia a la dependencia psíquica. La dependencia es el resultado de un proceso de acomodamiento psicológico, fisiológico y bioquímico del organismo frente al uso constante de una droga.

- **Dependencia psíquica.** Se caracteriza por la necesidad de consumir droga para desarrollar todas las actividades. Produce una situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso que exigen la administración regular o continúa de determinada sustancia para evitar malestares. Ese estado mental es el más fuerte de todos los factores comprometidos en la intoxicación crónica con drogas psicotrópicas y puede ser el único motivo en ciertos tipos de drogas. Por ejemplo: aunque en la

práctica el tabaco presenta síntomas de abstinencia no muy intensos, millones de fumadores aseguran que no pueden dejar de fumar.

- **Dependencia física.** Es un estado de adaptación del organismo que, llegado a este punto, produce síntomas intolerables de abstinencia en caso de que se suspenda la ingestión de la droga. En este caso el tóxico ya está incorporado a la fisiología del individuo y es un elemento vital e imprescindible como el sodio, el potasio, etc. Se dan casos en los que la brusca supresión de la droga produce un colapso e incluso la muerte.
- **Síndrome de abstinencia.** Se manifiesta como angustia y ansiedad, en el caso de la dependencia psíquica, y con síntomas como aceleración del pulso, alteraciones pupilares, sudor copioso, trastornos intestinales, vómitos, temblores, calambres y agitación, en el caso de la dependencia física. Ese malestar general agudo desaparece cuando se ingiere otra vez el tóxico habitual.

De esta manera “existen diferentes formas de consumir droga, de lo que dependerán sus efectos y consecuencias posteriores, como la cantidad de sustancia, la duración del consumo, la pureza de sus dosis, la vía de consumo (oral, inhalada, esnifada o inyectada)” (González, 2008, pp.132-133).

González (2008) además menciona que según la frecuencia del consumo podemos hablar de:

- Consumo experimental: situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, que pueden llevar al abandono, o a la adicción. Es en la adolescencia donde ocurre este tipo de consumo, porque los individuos no valoran las repercusiones y efectos de su consumo.
- Consumo ocasional: sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia, él individuo sigue utilizando la sustancia en el grupo, ya conoce la acción que ejerce en su organismo y por este motivo la consume.
- Consumo habitual: se supone la utilización frecuente de la droga, lo que hace que el individuo amplíe las situaciones en las que recurre a la droga.

- Drogodependencia: el individuo necesita la droga y toda su vida gira entorno a esta sustancia a pesar de las complicaciones que ello puede ocasionarle.

Por su parte Cabanyes (2012) afirman que las sustancias adictivas se producen en cuatro niveles diferentes como son:

- Nivel psicológico: efectos negativos, agudos crónicos, en la actividad psíquica: cambios anímicos o distorsiones cognitivas.
- Nivel somático: diversos problemas físicos, desde lesión hepática o afectación cardíaca hasta desarrollo de cáncer o daño cerebral.
- Nivel familiar: alteraciones en las relaciones familiares desde tensión hasta rupturas.
- Nivel social: conflictividad laboral y social, bajos rendimientos, despido, violencia, delincuencia, marginación.

De manera que las personas que entran en contacto con las drogas pueden convertirse en adictas. La adicción supone una intoxicación continua provocada por el consumo repetido de la sustancia. El consumo se vuelve compulsivo y se busca un aumento de la dosis que genera una dependencia psíquica y, generalmente física. Un estado intermedio sería el hábito situación en la que se realiza un consumo repetido pero no compulsivo, existe dependencia psíquica pero no física de la sustancia consumida. (González, 2008, p.133)

Para finalizar podríamos hacer mención a lo citado en párrafos anteriores en que el consumo de la droga causa varios problemas importantes de salud dependiendo de la sustancia que se consume, del tiempo, de la cantidad, etc. Se puede hablar de las modificaciones que causa la droga en nuestro organismo el mismo que fue afirmado por Rossi (2008) los cuales mencionamos a continuación: hábitos, tolerancia, dependencia, la dependencia física y el síndrome de abstinencia, además que es importante conocer que hay diferentes niveles de adicción así como lo indica Cabanyes, (2012) que las sustancias adictivas se producen a nivel psicológico, somático, familiar, social y los problemas que genere dependerá de la frecuencia con la que se consuma, teniendo en cuenta que existen varios tipos de consumo según su frecuencia así, González (2008), indica que existe el consumo experiencial, ocasional, habitual, y la drogodependencia ya que a causa de esto pudiera existir una dependencia

psíquica y física por lo que si no se interviene de una manera adecuada pudiera perjudicar gravemente la salud del consumidor incluso puede causarle su muerte.

1.3. Adolescentes

Nuestra primera crisis es el nacimiento: salir del útero protegido, cómodo y tibio de la madre constituye la ruptura más importante de nuestra existencia. Y es el momento en que comenzamos, poco a poco, a construir nuestra individualidad. La problemática del adolescente comienza con los cambios corporales, con la definición de su rol en la procreación, y continúa con cambios psicológicos que lo llevarán a establecer una nueva relación con los padres y con el mundo. Esta hace necesaria una especie de renuncia a la condición de niño. Todo adolescente se encuentra en una etapa de transición entre lo que dejó y lo que va a ser; es decir, entre el niño y el adulto. Por otra parte, el individuo busca establecer su identidad adulta. (Mosso y Penjerek, 2007, p.13)

De manera que la adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Las transformaciones tienen tanta importancia que algunos autores hablan de este período como de un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de estos años, se modifica nuestra estructura corporal, nuestros pensamientos, nuestra identidad y las relaciones que mantenemos con la familia y la sociedad. El término latín *adolescere*, del que se deriva el de “adolescencia”, señala este carácter de cambio: *adolescere* significa “crecer”, “madurar”. La adolescencia constituye así una etapa de cambios que, como nota diferencial respecto de otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez. Este período de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente. (Moreno, 2007, p.13)

Según lo estableció Freud, quien no hablaba de adolescencia sino de pubertad, ésta empieza cuando la pulsión sexual, hasta este momento predominantemente autoerótica, encuentra por fin el objeto sexual'. Esto significa que se entra en la adolescencia cuando existe un primer momento de búsqueda y hallazgo de relaciones de objeto por fuera del medio familiar, lo cual sobreviene conjuntamente con el desarrollo y la maduración corporal del joven. (Recalde, 2011, p.11)

Bertrán (2010) menciona que los principales hechos o acontecimientos que ocurre en la adolescencia son:

La adolescencia se encuentra entre los 12 a 20 años de edad siendo sus principales características:

- Los cambios físicos rápidos y profundos.
- Comienza la madurez reproductora.
- La búsqueda de identidad se torna imperiosa.
- Los compañeros ayudan a desarrollar y probar el autocontrol.
- Se desarrolla el pensamiento abstracto y el empleo del razonamiento científico.
- El egocentrismo adolescente persiste en algunos comportamientos.
- Las relaciones con los padres son buenas, en general.

Para concluir se puede mencionar que la adolescencia es una etapa de cambios que los llegan a diferenciar de los niños menores no solo físicamente sino también en su forma de pensar y de razonar respecto a cada situación que se les presente diariamente, a su vez que la edad de inicio de la adolescencia esta entre los 11 y 12 años de edad y finaliza a la edad de 18 a 20 años, durante este periodo suelen atravesar por algunos acontecimientos propios de esta etapa así como son: los cambios físicos rápidos y profundos, la relación con los padres es buena en general, se desarrolla el pensamiento abstracto, la búsqueda de identidad es imperiosa etc. Autores como Moreno (2007), Mosso y Penjerek (2007) afirman que en esta etapa existen diferentes cambios tanto físicos, psicológicos, sociales cuyo objetivo será la madurez, renunciando así a su rol de niño para llegar a transformarse en adulto, de esta manera nacen todas las dudas acerca de la nueva etapa en la cual deberán encontrarse a si mismos y encajar poco a poco en la sociedad.

1.3.1. Desarrollo biológico.

Durante el período de la adolescencia se produce un fenómeno característico en la curva de crecimiento: el estirón de la adolescencia. También ocurre un aumento marcado de la actividad atlética, hay crecimiento del corazón y de la masa muscular, sobre todo en los varones. La capacidad respiratoria aumenta, así como el número de glóbulos rojos y la hemoglobina, esto facilita la llegada de oxígeno a la masa muscular aumentada y a los demás tejidos. (Camejo, 2006, p.6)

Desde un punto de vista físico, la adolescencia comienza con la pubertad. En esta transformación se producen cambios externos e internos, entre los cambios externos los más llamativos son el crecimiento del cuerpo en estatura y tamaño, y el desarrollo

de los llamados caracteres sexuales secundarios: aumento de tamaño de los genitales, las mamas, el vello, el cambio de voz, etc. Los cambios internos hacen que el cuerpo adquiera la capacidad de procrear, es decir, de tener hijos. Los cambios físicos son los que inicialmente llaman más la atención al propio adolescente y los que frecuentemente más le sorprenden. Su cuerpo le va transmitiendo la nueva imagen a la que ha de acostumbrarse. Le muestra cómo va a ser de mayor. (Menéndez y Fernández, 2014, p.28)

Los cambios corporales influyen en las interacciones sociales, provocando reacciones ambivalentes en el encuentro con otras personas de su entorno. Es común que el adolescente manifieste rechazo físico respecto de quienes intentan tocarlo, hecho que se expresa en el discurso: "¡déjame!, ya no soy un niño". Por el contrario, suele manifestar excesivamente una búsqueda de contacto físico. Ambas reacciones constituyen maneras de canalizar la irrupción de estas "nuevas" sensaciones eróticas y expresan el desconcierto que los adolescentes vivencian respecto a cómo estar con otros con este cuerpo transformado. (Urbano, 2014, p.82)

De modo que analizando a un nivel más micro, los cambios físicos de la pubertad que marcan el inicio de la adolescencia, y en concreto los menos privados, supondrían una apariencia externa adulta, lo que hará que las personas de su entorno y en especial los adultos cercanos (padres, madres y profesores) comiencen a tratarle al adolescente como adulto y no como niño. Esta diferencia de trato, de expectativas, de exigencia de madurez reportara un impacto psicológico en la chica o el chico adolescente. En general, los estudios muestran que la madurez puberal se relaciona con la mayor autonomía emocional del adolescente y con menor cercanía hacia los padres y madres. (García y Delval, 2010, sp)

De manera que en esta etapa se ponen de manifiesto características psicológicas como las siguientes: Alteración de los sentimientos vitales. Impregnación erótica de la individualidad. Proyección del yo hacia el futuro. Impulso a la autoafirmación y a la adquisición de una personalidad. Estos cambios puberales y características transcurren en diferentes etapas denominadas: adolescencia inicial o temprana, adolescencia media y adolescencia tardía. (Camejo, 2006, pp.6-7)

Además Camejo (2006) describe las características de los cambios biológicos de la siguiente manera:

- **Adolescencia inicial o temprana. (10 a 14 años).** Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene.

- **Adolescencia media. (12-13 a 16 años).** Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia que da inicio a la etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

- **Adolescencia tardía. (16 a 19 años).** En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes:
 - Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.

 - Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.

 - Separación del tutelaje familiar.

Camejo (2006), Menéndez y Fernández (2014) concuerdan que en esta etapa los adolescentes tienen cambios físicos, se producen cambios externos e internos ocurre un aumento marcado de la actividad atlética, hay crecimiento del corazón y de la masa muscular, García y Delval (2010) complementa esta descripción indicando que supondrían una apariencia externa adulta, lo que hará que las personas de su entorno y en especial los adultos cercanos (padres, madres y profesores) comiencen a tratarle al adolescente como adulto. Eso hace que en un grupo de chicas entre once y trece años, o un grupo de chicos entre trece y quince años, se puede encontrar desde impúberes hasta individuos con una apariencia física

de adultos. Así pues hay autores como Menéndez y Perez, (2014) además de Moreno, (2007) quienes coinciden en que todos los cambios físicos presentados por el adolescente durante esta etapa, están regulados por determinados mecanismos hormonales, que dan forma a los cuerpos y respectivas características tanto en los hombres como en las mujeres.

1.3.2. Desarrollo social.

La llamada cultura juvenil ha sido siempre un buen espejo en el que las sociedades pueden contemplar sus logros y sus limitaciones. Las luces y sombras que en esa cultura se observan no son sino la consecuencia de una determinada organización social, de una historia pasada, una realidad presente y unas expectativas de futuro. Las experiencias en la familia, los estilos educativos de los padres tienen mucho que ver con todo eso. Pero también las alternativas que la sociedad ofrece y lo que los medios de comunicación de masas promueven y estimulan. La vida cotidiana de los adolescentes y jóvenes es una buena manifestación de la importancia de la vida familiar y lo que en ella ocurre y ha ocurrido, pero también un buen ejemplo de hasta qué punto la familia está abierta a procesos que ocurren fuera de ella y que afecta a cada uno de los miembros. (Rodrigo y Palacios, 2010, p.88)

De manera que los adolescentes encuentran nuevas formas de hacer lazo social a través de medios que en otros momentos no existían, y construyen y sostienen puntos de encuentro, en el mejor de los casos, escapando al encierro narcisista de la realidad virtual de la pantalla de televisión o de los videojuegos, debiéndose además reconocer la creatividad que en muchos casos presentan pese a las condiciones “enloquecedoras” (Barrionuevo, 2011, p.13)

En ese momento de la vida, adquieren mucha importancia los modelos sociales respecto del cuerpo y los valores provistos por la cultura inmediata acerca de lo que es ser exitoso/a, y sobre las imágenes masculinas o femeninas del cuerpo. Es por esa razón que, el sujeto se esfuerza en hacer coincidir los aspectos de sí mismo que siente que tiene valor, con aquellos aspectos anhelados por el mismo y con los valorados por el entorno. (Urbano, 2014, p.84)

De ahí que crecer implica enfrentarse con las demandas del mundo social, entre otras cosas. El adolescente tiene que insertarse en la sociedad adulta y hacerse un lugar en ella. Pero el hecho de que cuente con algunas de las posibilidades de los adultos (dado

su crecimiento intelectual y físico) no le garantiza un puesto igualitario en la sociedad de los mayores. También el lugar que ocupe dependerá de las posibilidades de inserción que le ofrezca este mundo social. (Mosso, 2015, p.50)

Razón por la que la vulnerabilidad social es un proceso multidimensional que concluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. La vulnerabilidad social se expresa de diversas formas: como fragilidad o indefensión ante cambios originados en el entorno; como desamparo institucional desde el Estado, que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente a los ciudadanos; como debilidad interna del individuo para realizar los cambios que le permitan aprovechar las oportunidades que se le presentan; como inseguridad que lo paraliza y le impide diseñar estrategias para lograr mejores niveles de bienestar. (Recalde, 2011, p.30)

Por su parte Recalde (2011) menciona que todos los adolescentes buscan la aceptación social y la asimilación a la nueva etapa que se está presentando, y esto dependerá también a la inserción que los adolescentes tengan a la sociedad, logrando así conductas adultas y dejando atrás los actos infantiles.

Como conclusión tenemos que el desarrollo social viene a ser la manera en que los adolescentes encuentran nuevas formas de hacer lazo social a través de medios que en otros momentos no existían, además construyen, y sostienen puntos de encuentro en contextos diferentes a los anteriores, su incursión en la sociedad adulta es importante ya que marcará las pautas para el ingreso definitivo al mundo adulto que es más complejo, en donde existe innumerables problemas que afrontar, en esta transición aparecerá la vulnerabilidad social que para el autor Recalde (2011) es una posibilidad de ser lesionado o lastimado por el entorno social producto de los cambios que se generen en éste, de esta manera es que los autores Rodrigo y Palacios (2010) concuerdan que las experiencias en la familia, los estilos educativos de los padres tienen mucho que ver con todo eso, Pero también las alternativas que la sociedad ofrece y los medios de comunicación de masas promueven y estimulan.

1.3.3. Desarrollo psicológico.

Los procesos mentales de la adolescencia están dirigidos prioritariamente a consolidar lo que al individuo lo hace único y diferente frente a otros, es decir, su

identidad. En esta conquista adopta un rol diferente al que tenía hasta ese momento y también obliga a que se modifique el de las personas de su alrededor. Así tanto la capacidad de adaptación de los padres a ese nuevo rol como su capacidad de responder de forma equilibrada ante los aspectos inmaduros del adolescente que van a condicionar la consecución del proceso como normal o patológico. (López, 2014, p.19)

De ahí que la adolescencia es un largo periodo de cambio y transformación. No tiene un comienzo brusco ni un final completo. Al igual que los límites de inicio son difusos, también lo son los de terminación y, en algunos aspectos, puede que no termine nunca. Suele ser definida en términos como proceso, crisis, etapa evolutiva, que nos remiten a su carácter dinámico y a su vertiente de conquista, progreso y superación. Abarca una forma de pensar, de comprender la realidad y de interactuar con ella. También, un modo particular de afrontar los conflictos, en el que las manifestaciones y aspectos infantiles se alternan con adquisiciones maduras, dando como resultado un desarrollo progresivo, pero no lineal, en el que caben todo tipo de ritmos y modalidades. Ni la edad cronológica ni los cambios corporales darían cuenta por sí mismos de lo que supone la adolescencia, a no ser por el correlato psicológico ineludible que la acompaña y que modifica, tanto al propio adolescente como a su sistema de relaciones, en su sentido más amplio. (López, 2014, p.7)

Acompañado a los cambios físicos acontecen cambios de orden psicológico. La irrupción de nuevas sensaciones en lo físico le exige al adolescente púber replantearse el concepto de sí mismo en relación al cuerpo. El cuerpo adquiere otro significado, es un cuerpo donde se conjuga el placer con la culpa. El cuerpo se desmitifica en sus aspectos omnipotentes e inmorales. Por primera vez el sujeto se plantea la idea de la muerte: la propia y la de sus progenitores. Esto lo lleva a humanizar a sus padres, los cuales lejos de ser perfectos y omnipotentes como son representados en la infancia, ingresan en la categoría de imperfectos, de mortales y de seres que son capaces de envejecer. (Urbano C. A., 2014, p.83)

La búsqueda de la identidad y la autoafirmación es una ardua tarea que el adolescente emprende con herramientas limitadas. Carece de valores propios y necesita confirmar si los que le transmitieron sus padres son los correctos. Descubre que posee algunas capacidades, pero no está muy seguro de cómo utilizarlas para obtener logros. Desea relacionarse estrechamente con sus pares y para ello se entrega sin reparos, lo cual lo expone a deslealtades dolorosas y a experiencias de alto riesgo. Busca definir su propia imagen, pero no está seguro de cuál es, ni de cómo hallarla. Quiere integrarse a un

mundo que aún no entiende, pero al mismo tiempo teme perder la seguridad del ámbito familiar. Quiere aceptar su cuerpo, pero todavía no lo ha descubierto cabalmente. (Rossi, 2008, p.118)

El adolescente atraviesa por una crisis de identidad: debe adaptarse a las modificaciones corporales, al cambio y a la definición de su rol, asumir la difícil tarea de separarse de su familia y de hacerse un lugar en la sociedad. Y los padres enfrentan, por un lado, la repercusión de esta situación en la familia y, por otro, su propia crisis de la mediana edad (han llegado, en algunos casos, a la mitad de su vida). También pesa la incertidumbre que implica el hecho de ya no ser jóvenes y, con esto, el paso del tiempo que se manifiesta de manera visible: primeras canas, arrugas, etc. El temor por la declinación de sus capacidades físicas y sexuales se contrapone con el florecimiento evidente del adolescente. (Mosso y Penjerek, 2007, p.13)

En consecuencia el adolescente manifiesta constantes fluctuaciones de su estado anímico, pudiendo pasar de un estado de optimismo y euforia a un estado de frustración y desaliento absoluto. Esto es a que se encuentra en un estado de labilidad, que no le permite introducir los recursos que le brinda el medio exterior, no pudiendo proyectarse desde su interior hacia su exterior. (Urbano, 2014, p.85)

Razón por la que en la adolescencia, entendida como fenómeno psicológico, interviene diferentes factores que actúan de forma interdependiente. Así, lo somático, lo cognitivo, lo emocional y lo social, presentes siempre en el desarrollo psicológico humano, adquieren en la adolescencia un valor que sólo puede ser interpretado en las claves de un determinado contexto y marco de funcionamiento. A la vez, las posibilidades de interacción entre ellos nos colocan en una visión casi caleidoscópica del psiquismo adolescente. Debido a ese carácter interdependiente, las manifestaciones en un ámbito en concreto pueden obedecer a determinados procesos que están ocurriendo en otras esferas. (López, 2014, p.18)

Bustamante (2011) afirma:

El amor es la manera a través de la cual el adolescente arma un universo para sostener sus impulsos, es decir, el enamoramiento es el momento en el que la mente construye fantasías y la fantasía a su vez funciona como una red que da forma a todo aquello impensable e irrepresentable que atraviesa la existencia de un joven. (p.25)

Diversos autores han puesto de manifiesto los nuevos mecanismos o reafirmados mecanismos de defensa de la nueva adolescencia: ascetismo e intelectualismo. El ascetismo supone la negación o bloqueo de todo placer pulsional, por miedo al descontrol (negación de la sexualidad, de la estética corporal, del alimento, etc.). El intelectualismo supone una sublimación de la pulsión libidinal, negando o bloqueando la nueva realidad adolescente de la que sólo aceptan los aspectos de rendimiento intelectual o laboral (adolescentes estudiosos, «con buenas notas», que pasan del sexo y de «tonterías» (Aguirre, 2009).

Ante lo referido por los diferentes autores se concluye que el desarrollo psicológico, al igual que los cambios físicos afectan al adolescente, es decir, busca una identidad propia mediante la adaptación a los cambios corporales, sociales, psicológicos y a la definición de su rol, debe asumir la difícil tarea de separarse de su familia y de hacerse un lugar en la sociedad, además de poseer un cambiante estado anímico, pudiendo pasar de un estado de optimismo y euforia a un estado de frustración y desaliento absoluto, de esta manera Rossi (2008) indica que el adolescente carece de valores propios y necesita confirmar si los que le transmitieron sus padres son los correctos, ya que a través de esto el adolescente busca su identidad, cuyas actitudes están dirigidos prioritariamente a consolidar lo que al individuo lo hace único, diferente a otros, es decir, su identidad. En esta conquista adopta un rol diferente al que tenía hasta ese momento y también obliga a que se modifique el de las personas de su alrededor. Siendo lo somático, cognitivo, social y lo emocional parte del desarrollo psicológico de los adolescentes un valor que sólo puede ser interpretado en las claves de un determinado contexto y marco de funcionamiento, razón por lo que López (2014) afirma que ni la edad cronológica ni los cambios corporales darían cuenta por sí mismos de lo que supone la adolescencia, a no ser por el correlato psicológico ineludible que la acompaña y que modifica, tanto al propio adolescente como a su sistema de relaciones, en su sentido más amplio.

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General.

- Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental, en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015.

2.1.2. Específicos.

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental, en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias, en estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015.
- Elaborar un informe de resultados para los establecimientos pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07.

2.2. Preguntas de investigación.

Con el presente trabajo investigativo se pretende responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las variables asociadas a la salud mental de los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015?
- ¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015?
- ¿Cuántos estudiantes se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias de los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato,

pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015?

- ¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015?

2.3. Diseño de investigación.

En la presente Investigación se utilizó el tipo de investigación descriptiva porque consistió en identificar, describir y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes, además de conocer las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de la situación, en los estudiantes primero y segundo estudiantes de bachillerato pertenecientes al zonal 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015.

2.4. Contexto.

Las instituciones educativas seleccionadas para la investigación se encuentran ubicadas, en el régimen sierra, bajo el horario matutino de 07:00am a 13:00pm; de acuerdo a las características, una institución educativa es de tipo fiscomisional y la otra de tipo particular, siendo la población mixta en ambos casos, actualmente se encuentran supervisadas directamente por el Ministerio de Educación y la Coordinación Zonal 1.

El establecimiento particular se fundó en el año de 1921, pertenece a la zona 1, distrito 10D01 y circuito 10D01_C04_05_07, actualmente consta de 1048 estudiantes en total, siendo 716 hombres y 333 mujeres, 44 docentes y 8 administrativos.

Su visión y misión es:

Visión: Se basará en el respeto de los derechos humanos brindando una educación basada en la Pedagogía del Amor, promoviendo el buen desenvolvimiento de niños y jóvenes de forma integral, para que puedan asumir con responsabilidad los retos que se presenten en la sociedad”.

Misión: basada en la Luz del Evangelio y la pedagogía del amor de nuestro Santo Patrono San Juan Bautista de la Salle, ofrece una formación integral de calidad y calidez a la niñez y a la juventud imbabureña, para edificar una sociedad libre, pluralista e incluyente.

El establecimiento fiscomisional se fundó a partir del 30 de junio de 1958, pertenece a la zona 1, distrito 10D01 y circuito 10D01C01, tiene un total de 997 alumnos de los cuales 698 son hombres y 299 mujeres, 50 docentes y 9 administrativos.

Su visión y misión es:

Visión: Es que en el año 2016 sea una institución líder en la Provincia y el País en la formación integral de jóvenes Bachilleres en Ciencias, altamente calificados tecnológicamente y científicamente, con principios éticos, morales y cívicos, sensibles a la realidad ecuatoriana, capaces de generar y producir fuentes de trabajo, así como también continuar sus estudios superiores y ser referentes de calidad humana, cristiana capuchina y académica.

Misión: Señala educar y evangelizar en Cristo y en San Francisco como una alternativa, entregando a la sociedad Bachilleres en Ciencias altamente calificados, con principios éticos, morales, humanos, cristianos, capuchinos y cívicos, preparados científicamente y tecnológicamente, sensibles a la realidad ecuatoriana, capaces de continuar sus estudios superiores y aptos para desempeñarse en el campo de trabajo, a través de la Pedagogía de la Fraternidad “Aprender el Arte de ser hermanos” y ser referentes de calidad humana y académica.

El modelo pedagógico que acogen las instituciones se fundamenta en el constructivismo, así pues. La formación de los estudiantes se basa en la aplicación de los principios que propone el modelo constructivista:

- Una educación que tiene en su centro al individuo, su aprendizaje y el desarrollo integral de su personalidad.
- La educación donde la persona-colectivo interviene en el proceso de aprendizaje con todas sus capacidades, emociones, habilidades, sentimientos y motivaciones.

- En una educación donde no hay forma única de resolver los problemas. Antes de plantear las soluciones, los facilitadores exploran con ellos diferentes maneras de enfrentar el mismo problema; pues no es pertinente enseñar cosas acabadas, sino los métodos para descubrirlas.
- El aprendizaje debe situarse sobre acuerdos realistas; la prueba debe integrarse con las tareas y no con actividades separadas.

De acuerdo a este modelo, la práctica de la enseñanza-aprendizaje está orientada principalmente en el descubrimiento de nuevos conocimientos a partir de las experiencias previas que tienen las personas.

La población de estudiantes del establecimiento particular perteneciente a la zona 1, distrito 10D01 y circuito 10D01_C04_05_07 se divide en: Educación Inicial 2, básica elemental, básica media, básica superior, y 1-2-3 Bachillerato General Único.

La población de estudiantes del establecimiento fiscomisional de la zona 1, distrito 10D01 y circuito 10D01C01 se divide en: Educación básica de primero a decimo y 1-2-3 de Bachillerato.

Es así que la presente investigación se desarrolló en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato.

2.5. Población.

Mediante un muestreo casual accidental no experimental, se trabajó con el total de la población (57) estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, de la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015?

La población objeto de estudio estuvo conformada por los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de entre 14 y 17 años de edad pertenecientes a una institución particular y otra fiscomisional que se encuentran en la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015.

La población objeto de investigación estuvo distribuida según lo muestra la tabla 1 a continuación:

Tabla 1. Distribución de la muestra.

Institución	Año de básica	Nro. De estudiantes	Genero	Total por género	Edades			
					14	15	16	17
Nro. 1: zona 1, distrito 10D01 y circuito 10D01C01	Primero de básica	16	Masculino	7	-	6	1	-
			Femenino	9	-	7	2	-
	Segundo de básica	16	Masculino	14	-	-	10	4
			Femenino	2	-	-	1	1
Nro. 2 : zona 1, distrito 10D01 y circuito 10D01_C04_05_07	Primero de básica	15	Masculino	11	-	7	3	1
			Femenino	4	-	2	1	1
	Segundo de básica	10	Masculino	6	-	1	1	4
			Femenino	4	-	1	1	2
TOTAL		57		57				

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Los investigados contaron con las siguientes características:

1. Formar parte de establecimientos fiscales, particulares o fis-comisionales.
2. Pertenecer a establecimientos educativos mixtos.
3. Tener la edad comprendida entre 14 a 17 años de edad.
4. Pertenecer a la sección diurna.

Se excluyeron.

1. Los participantes mayores de 17 años y menores de 14 años.
2. Aquellos que no presentaron el consentimiento de los padres.
3. Los que no presentaron el consentimiento personal firmado.

2.6. Métodos, técnicas, e instrumentos de investigación

2.6.1. Métodos.

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

2.6.1.1. Método descriptivo.

Evalúa ciertas características de una situación, o una variable en un determinado tiempo, que permite explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias y estupefacientes.

2.6.1.2. Método estadístico.

Parte de datos numéricos que fueron analizados y tabulados para que arrojen los resultados esperados de forma clara y precisa, facilitó la organización de la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.

2.6.1.3. Método Transversal.

Se seleccionó una población que fue estudiada en un momento determinado para extraer conclusiones, debido a que se centró en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

2.6.2. Técnicas.

2.6.2.1. Batería de instrumentos psicológicos

En la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta, que permitió recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio, usando una batería de cuestionarios la misma que se detalla a continuación:

1. Cuestionario de variables psicosociales. Evalúa variables psicosociales y de salud así como es la información referente a la edad, sexo, y año de bachillerato, entre otras.

2. Preguntas relacionadas con el estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14). Escala de estrés Percibido de Cohen, Kamarck, y Mermelstein, (1983); versión en español de Remor, Carrobbles, 2001; Remor, 2006. 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. 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 apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short de (Russel, Peplau y Cutrona, 1980) con adaptación al español de (Morejon y Garcia-Bóveda, 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. Cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 1 “nunca” y 4 “siempre”. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la sensación subjetiva de soledad. Siendo una variable de riesgo.

4. Type A Behavior Scale (personalidad tipo A). (Haynes y Baker, 1982) Evalúa la presión que el tiempo y el trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, la personalidad definida por un complejo acción-emoción caracterizada por tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, y que se han encontrado asociadas con problemas de salud incluyendo trastornos cardiovasculares y muerte prematura. El ítem 1 se asocia a una puntuación de 0 “nada” y 1 “muy bien”, los ítems 2 al 6 con una puntuación de 0 “nunca” y 1 “a menudo” y los ítems 7 al 10 con las puntuaciones 0 “no” y 1 “sí”. Cuanto mayor es la puntuación, mayor será la personalidad tipo A siendo una variable de riesgo.

5. Cuestionario de inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Evalúa evitación experiencial o, por el contrario flexibilidad psicológica, ambos son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida. Cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 1 “nunca es verdad” y 7 “siempre es verdad”. Cuanto mayor es la puntuación, mayor será la inflexibilidad psicológica. Confirmando de esta manera ser una variable de riesgo.

6. Cuestionario de resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher y Bernard, 2008). Evalúa el grado de resiliencia. Evalúa la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre

como las personas afrontan o se adaptan al estrés u situaciones adversas. Cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 1 "muy en desacuerdo" y 4 "muy de acuerdo". Cuanto mayor es la puntuación mejor será la capacidad de afrontamiento a las adversidades de los individuos evaluados, afirmando que será un factor de protección.

7. Cuestionario de consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, Hölzel, Weiser, 2008); (Babor, Higgins, Biddle y Monteiro, 2001) Identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, es un método simple de Screening del consumo excesivo de alcohol y un apoyo en la evaluación breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Los ítems 1 al 8 se asocia a una puntuación comprendida entre 0 "nunca" y 4 "a diario o casi a diario" y en los ítems 9 y 10 entre 0 "nunca" y 3 "sí, en el último año". Cuanto mayor es la puntuación, mayor será el consumo de alcohol, siendo así; será una variable de riesgo.

8. Cuestionario de consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010). La cual evalúa el consumo de sustancias en los últimos tres meses. Cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 0 "nunca" y 4 "diario o casi a diario". Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el consumo de otras drogas, transformándose así en una variable de riesgo.

9. Cuestionario de ansiedad y depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001). Evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem se asocia a una puntuación comprendida entre 0 "nunca" y 4 "casi cada día". Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de depresión y ansiedad convirtiéndose así en una variable de riesgo.

10. Cuestionario de satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, Layard, Sachs 2012). Responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos. Hay una escala de puntuación que va de 0 a 10 donde 0 es "completamente insatisfecho" y 10 "completamente satisfecho". Cuanto mayor es la puntuación mayor será el nivel de satisfacción con la vida de la población investigada, siendo esto una variable de protección.

2.7. Procedimiento.

En la presente investigación se realizaron los siguientes pasos:

1. La investigación se inició con la capacitación presencial durante 3 días en la ciudad de Loja. Donde se analizó los siguientes puntos:
 - Tema de investigación.
 - Objetivos.
 - Metodología para la aplicación de los instrumentos.
 - Estrategias de ingreso a los establecimientos educativos.
 - Aplicación del consentimiento informado.

2. Luego de la información tanto específica como general se procedió a buscar los establecimientos educativos, los cuales debieron tener requisitos como: ser mixtos, fiscales, fiscomisionales o particulares. Y además donde se debería tener el horario de la mañana.

3. La selección de la población y muestra, se obtuvo mediante el muestreo casual accidental no experimental, es decir, se seleccionaron a los participantes según el sector donde pertenecen los estudiantes del seminario de fin de titulación.

4. Hubo un proceso de socialización con autoridades, sobre la problemática planteada, así como la importancia de esta investigación, sus objetivos y cuáles son las ventajas de participar en el proyecto; así mismo se indicó cuáles serán los instrumentos a utilizar, y el tiempo que se emplea.

5. Una vez obtenida la autorización de la institución educativa, se procedió a la presentación y socialización del proyecto con los alumnos seleccionados, se brindó las instrucciones sobre cómo completar la batería, y la explicación sobre los requisitos indispensables para la participación en la investigación.

6. Se utilizó un formato de consentimiento informado para todos los padres de familia de los participantes subrayando el anonimato de los datos y a la vez poder contar con la aprobación para aplicar el instrumento bajo su consentimiento.

7. Se enviaron los respectivos consentimientos informados a los padres de familia a través de los estudiantes, para hacerles conocer el objetivo de la investigación y que puedan o no aprobar la realización de los reactivos psicológicos.

8. Luego cada participante recibió una carta de asentimiento informado, el cual le permitió decidir si desea o no colaborar con esta investigación; sin embargo a pesar de tener la aprobación de los padres de familia, los y las estudiantes tuvieron el derecho de elegir si quieren o no ser parte del proceso.

9. Durante la aplicación de los reactivos psicológicos se procedió a recoger a cada uno de los participantes el consentimiento y el asentimiento informado, en cada año y paralelo asignado, de acuerdo al cronograma de actividades planificado por parte de los señores inspectores del centro educativo.

10. Seguido a esto, se dieron las indicaciones generales sobre la forma en que deben completar la batería psicológica y el tiempo aproximado que duraría todo el proceso, la importancia del proyecto, así como también se explicó la confidencialidad de los datos.

11. Luego se entregó la batería psicológica a cada estudiante de acuerdo al número de la lista por año y por paralelo.

12. Durante la administración de la batería de instrumentos se solventaron pocas inquietudes con respecto a ciertas preguntas específicas como: el peso, la altura, entorno familiar, horas de sueño y enfermedades.

13. Más tarde se realizó el ingreso de los datos obtenidos en los diferentes test, la cual se realizó en la matriz proporcionada por asesores de la investigación.

14. La información recolectada pretende la identificación de las siguientes variables psicológicas y escalas psicométricas de medida:

- Variables sociodemográficas.
- Estrés.
- Apoyo social.
- Personalidad tipo A
- Inflexibilidad psicológica.
- Resiliencia.

- Consumo problemático de alcohol.
- Consumo problemático de otras drogas.
- Ansiedad y Depresión.
- Satisfacción vital.

15. Los datos obtenidos luego se han procesado en una Matriz de Tabulación de Datos, para ser interpretados y analizados.

Análisis de datos o de resultados

El análisis de resultados se realizó de la siguiente manera.

- Elaboración de una base de datos en el programa Excel.
- Ingreso de información en la matriz de la base de datos.
- Tabulación de los datos.
- Interpretación y análisis de los resultados a través del análisis univariado y bivariado.

2.8. Recursos.

Los recursos utilizados para la presente investigación fueron los siguientes:

Talento Humano.

- Directora y Tutora del proyecto.
- Docentes participantes.
- Tesista.
- Rectora del establecimiento.
- Personal administrativo del establecimiento.
- Estudiantes participantes.
- Representantes legales de los participantes.

Recursos materiales y económicos.

Tabla 2. Recursos materiales y económicos.

RECURSOS MATERIALES Y ECONOMICOS			
MATERIALES	VALOR UNITARIO	UTILIZADOS	TOTAL
Resmas de papel	4.75 \$	8	38,00\$
Esferos	0,75\$	10	7,5
Marcadores	1,00\$	10	10,00\$
Cd	1,00\$	4	4,00\$
Impresiones	0,10\$	20	2,00\$
Copias	0,05\$	300	15,00\$
Cámara fotográfica	250,00\$	1	250,00\$
Computador portátil	600,00\$	1	600,00\$
Transporte	5,00\$	8	40,00\$
Alimentación	-	-	100,00\$
Recargas celulares	3,00\$	10	30,00\$
Imprevistos			100,00\$
VALOR TOTAL			1,196,50\$

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Recursos Institucionales

- Universidad Técnica Particular de Loja para la elaboración del proyecto.
- Instituciones educativas pertenecientes a la zona 1, distrito 10D01 y circuitos 10D01C01, 10D01_C04_05_07 del Ecuador 2015.

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados obtenidos.

3.1.1. Datos psicosociales.

En este apartado se realiza el análisis de la información referente a las características psicosociales de los investigados tales como: edad, sexo, y año de bachillerato.

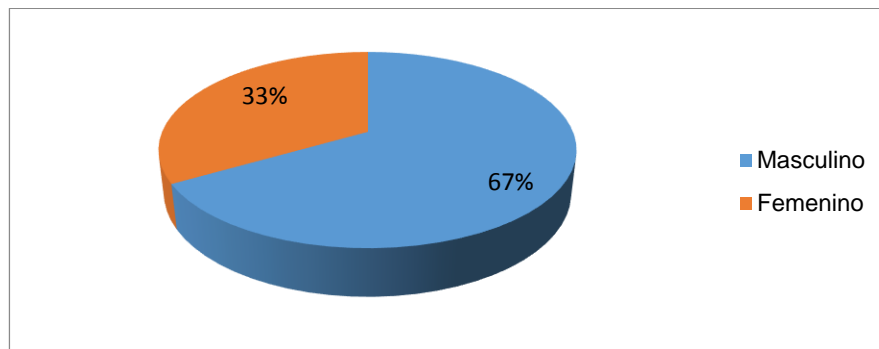


Figura 1. Género de los participantes.

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

Respecto a la figura 1, se puede verificar que en la población investigada, el 67% pertenecen al género masculino y el 33% corresponde al género femenino.

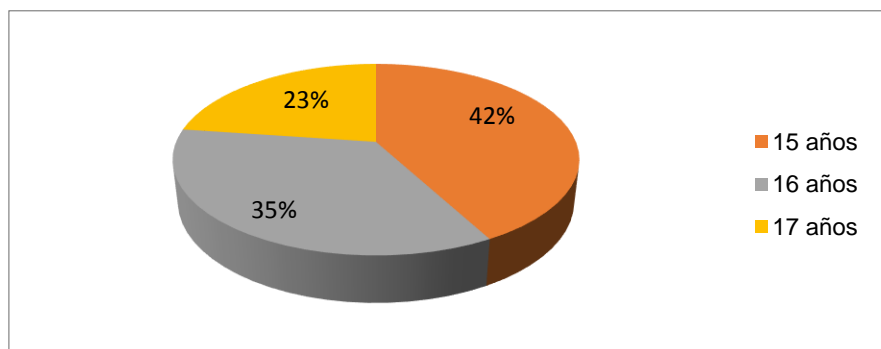


Figura 2. Edad de los participantes.

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

En cuanto a las variables de edad que se encuentran en la figura 2, el 42% de la muestra poseen 15 años siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 35%, tiene 16 años y finalmente el 23% tiene 17 años.

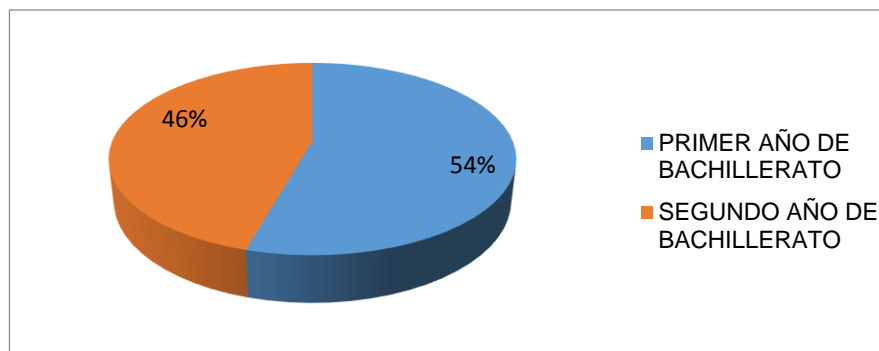


Figura 3. Año de Bachillerato.
 Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.
 Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El total de la muestra elegida fue de 57 alumnos de los colegios investigados, cuya distribución muestral por año de bachillerato es del 54% para el primer año de bachillerato, mientras que el 46 % de la muestra corresponde a los estudiantes del segundo año de bachillerato.

Considerando la variable año de bachillerato de la figura 3, existe mayor número de investigados en el primer año de bachillerato con un porcentaje de 54%, respecto al 46% de segundo año de bachillerato.

3.1.2. Análisis de resultados generales.

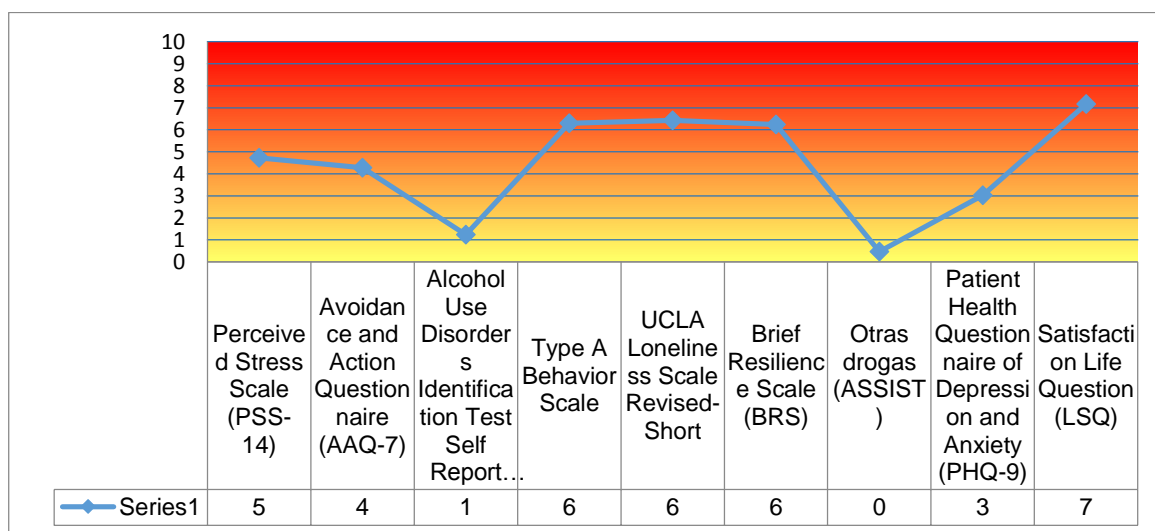


Figura 4. Figura de batería con los resultados estandarizados.
 Fuente: Programa Nacional de investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015.
 Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar en la figura 4 en cuanto a la primera variable que es la que evalúa la percepción del estrés actual, se puede verificar que se ubica en 5 puntos lo cual indica que se

presenta como variable de protección por encontrarse en la parte media de la escala establecida.

Tabla 3. Frecuencias Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	7	22	21	6	1
2	5	25	15	7	5
3	1	6	31	6	12
4	3	6	18	19	10
5	4	9	18	22	4
6	2	6	16	24	9
7	0	7	23	21	6
8	3	23	21	8	2
9	0	6	18	26	7
10	4	8	23	17	5
11	0	15	12	22	8
12	0	6	18	13	20
13	1	9	28	16	3
14	8	20	17	8	4

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

En la tabla 3, se refleja una frecuencia de 31 sujetos quienes responden “de vez en cuando” al (reactivo 3) en el último mes ¿con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?, en el (reactivo 6) en el último mes ¿con que frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?, 24 sujetos indican “a menudo”. Finalmente en el (reactivo 9) en el último mes ¿con que frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?, 26 sujetos afirman que “a menudo”. De manera que se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 4 la cual indica ser una variable de protección, por encontrarse en la parte media de la escala establecida.

Por otro lado analizando la variable inflexibilidad psicológica, se puede verificar que la población investigada cuenta con una puntuación de 4, de manera que es inferior a la media establecida, confirmando ser una variable de protección.

Tabla 4. Frecuencias Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	13	23	6	7	2	2	4
2	9	19	8	8	2	4	7
3	13	12	11	4	6	4	7
4	26	14	3	6	0	4	4
5	12	16	9	11	4	4	1
6	10	20	1	9	9	5	3
7	11	21	1	13	4	3	4

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 4, se aprecia en el (reactivo 4) mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena, una frecuencia de 26 sujetos responden con “nunca es verdad”. En el (reactivo 1) mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quería, 23 sujetos afirman que “muy raramente es verdad” y en el (reactivo 3), me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos, 13 sujetos reconocen que “nunca es verdad”. Lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 4, confirmando ser una variable de protección.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDI) cuenta con una puntuación de 1 lo cual se considera un puntaje mínimo, en relación media establecida.

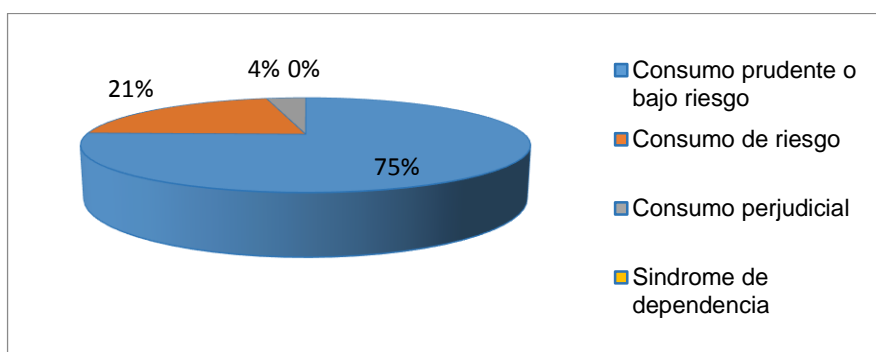


Figura 5. Test de AUDIT.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura 5, se puede afirmar que los porcentajes correspondientes al consumo de alcohol son, prudente o bajo riesgo con el 75%, consumo de riesgo con el 21%, y el consumo perjudicial el 4%.

Al interpretar los resultados de la variable personalidad, se observa que mantiene una puntuación elevada de 6, superando la media establecida, afirmando a la personalidad tipo “A” como una variable de riesgo.

Tabla 5. Frecuencia Type A Behavior Scale (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	16	24	15	2
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	8	30	17	1
3	13	28	12	4
4	3	21	26	7
5	15	20	17	5
6	9	26	19	3
Reactivo	Si		No	
7	40		16	
8	38		19	
9	45		12	
10	37		20	

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En la tabla 5, se verifica una frecuencia de 24 sujetos, quienes responden “bastante bien” a lo referido por el (reactivo 1) tengo un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas. Una frecuencia de 30 sujetos indican “de vez en cuando” en el (reactivo 2) normalmente me siento presionado por el tiempo y finalmente en el (reactivo 9) una frecuencia de 45 sujetos, señalan se sintieron alguna vez inseguro/a, incómodo/a, o insatisfecho/a con su rendimiento académico. Siendo estas las categorías más significativas de la tabla, lo que afirma ser una variable de riesgo para la población.

Una puntuación de 6 corresponde a la variable de soledad (UCLA), la misma que se encuentra por encima de la media, lo cual permite apreciar que la población investigada presenta altos niveles de soledad y a la vez demuestra ser una variable de riesgo.

Tabla 6. Frecuencia Loneliness Scale Revised-Short (UCLA)

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	2	14	36	5
2	7	22	23	5
3	10	25	14	8
4	9	20	22	6
5	2	5	20	30
6	2	17	30	7
7	20	19	17	1
8	5	30	18	4
9	4	7	26	20
10	1	12	30	13
11	17	27	11	2
12	16	24	14	2
13	10	18	16	13
14	14	30	12	1
15	8	11	23	14
16	4	16	26	11
17	4	23	24	6
18	7	26	20	4
19	2	13	23	18
20	2	14	19	22

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

Con las frecuencias presentadas en la tabla 6 en referencia a la sensación subjetiva de soledad, para el (reactivo 1) ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende?, existe una frecuencia de 36 sujetos. Para el (reactivo 7) ¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes a nadie cerca de ti?, existe una frecuencia de 17 sujetos y para el (reactivo 17) ¿Con qué frecuencia te sientes tímido? con una frecuencia de 24 sujetos, responden “a veces” a los tres reactivos. Con estas frecuencias podemos corroborar que es una variable de riesgo.

En el caso de la variable Resiliencia, la población investigada se ubica con una puntuación de 6, lo cual se aprecia como un puntaje superior respecto a la media, de esta forma se afirma que la resiliencia en la población investigada, es una variable de protección.

Tabla 7. Frecuencia Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	3	4	22	18	10
2	1	12	25	12	7
3	4	15	16	14	8
4	9	13	24	7	3
5	5	12	24	13	2
6	4	18	23	8	4

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar en la tabla 7, la mayor frecuencia de 25 sujetos se sitúa en el (reactivo 2) lo paso mal superando situaciones estresantes, con una frecuencia de 24 sujetos en el (reactivo 4) para mí es difícil recuperarme cuando algo malo sucede. Tanto al reactivo 2 y 4 respondieron “neutral”, por lo que se afirma la puntuación obtenida de la figura 4 (p.57).

Para el caso, variable de consumo de otras drogas (ASSIST) puntúa con 0, lo cual nos permite interpretar que no existe riesgo alguno al respecto.

Tabla 8. Frecuencias The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	53	3	1	0	0
2	44	7	3	3	0
3	24	20	8	5	0
4	51	5	1	0	0
5	56	1	0	0	0
6	55	1	1	0	0
7	52	4	1	0	0
8	54	1	1	1	0
9	56	1	0	0	0
10	57	0	0	0	0
11	54	2	1	0	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con las frecuencias presentadas en la tabla 8 en referencia a las variables que evalúa como son: el tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otros, por tener una puntuación de 0 no se realizan análisis en este caso.

De acuerdo a la figura 4 (p.57) se observan que la variable depresión posee una puntuación de 3, siendo una variable protectora, al ubicarse por debajo de la media.

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

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	20	25	7	5
2	14	30	10	3
3	20	21	9	7
4	19	24	10	3
5	19	20	11	7
6	24	19	8	6
7	28	18	8	3
8	26	23	4	4
9	35	12	4	6

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con las frecuencias presentadas en la tabla 9 en referencia a las variables que evalúa depresión y ansiedad, la mayor frecuencia es de 35 sujetos los cuales se sitúan en el (reactivo 9) ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma. Con una frecuencia de 28 sujetos el (reactivo 7) ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión, y por último con 26 sujetos en el (reactivo 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. A estos reactivos sus respectivas frecuencias responden con “nunca” Corroborando con la puntuación obtenida de la figura 4 (p.57).

Finalmente se tiene la variable satisfacción con la vida (Satisfaction on Life), con una puntuación de 7 ubicándose sobre la media, esta puntuación define que la población investigada tiene una buena satisfacción de vida al ser una variable protectora.

Tabla 10. Frecuencia Satisfaction Life Question (LSQ)

Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10
0	1	0	2	0	7	4	19	11	8	5

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con una frecuencia de 19 y 11 sujetos en la tabla 10, la población investigada responde tener una satisfacción de vida de 7 y 8 respectivamente en la escala de 0 a 10, donde 0 es completamente insatisfecho y 10 es completamente satisfecho. Por lo cual afirma ser una variable de protección, pudiéndose corroborar en la figura 4 (p.57).

ANÁLISIS DE RESULTADOS RESPECTO AL GÉNERO FEMENINO

En este apartado se realizará el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población femenina investigada, se debe considerar la puntuación estandarizada de 0 a 10. Tomando en cuenta que 5 es el valor medio, el análisis dependerá de la variable para definirla como protectora o de riesgo.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

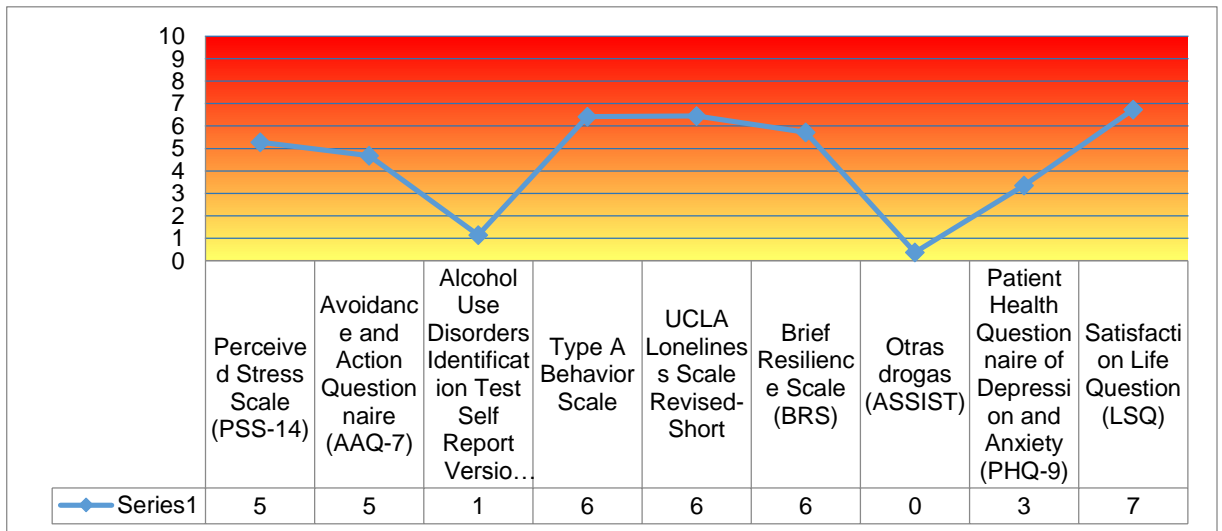


Figura 6. Batería con resultados estandarizados. Género Femenino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Respecto a los resultados evidenciados en la figura 6, se puede interpretar que la población investigada referente al género femenino en la variable de estrés, tiene una puntuación de 5 en la escala del 0 al 10, lo cual no determina ser una variable de riesgo por encontrarse en la escala media establecida.

Tabla 11. Frecuencia Perceived Stress Scale (PSS-14)

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

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

Así como se puede evidenciar en la tabla 11, una frecuencia de 8 sujetos en el (reactivo 3) en el último mes ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? responden con “muy a menudo”. Con una frecuencia de 9 sujetos, en el (reactivo 12) en el último mes ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer? afirman que “muy a menudo” y por último el (reactivo 13) en el último mes ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de invertir su tiempo?, una frecuencia de 10 sujetos aseguran que “de vez en cuando”, logrando así comprobar que se trata de una variable de protección.

Para el caso de la variable de inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se puntúa en 5 en la escala de 0 al 10, lo cual determina no ser una variable de riesgo, por encontrarse en la escala media establecida.

Tabla 12. Frecuencias Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 12, se aprecia una frecuencia de 6 sujetos en el (reactivo 4) mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que sea difícil vivir la vida que querría. Con una frecuencia de 4 sujetos en el (reactivo 5) mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida y con la frecuencia de 5 sujetos en el (reactivo 7) mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir”. Los sujetos respondieron con “nunca es verdad” a los diferentes reactivos siendo las frecuencias más relevantes presentadas en la tabla. Lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 6 (p.64).

De acuerdo a la variable de bebidas alcohólicas (AUDIT), la población investigada de género femenino cuenta con una puntuación de 1 en la figura 6 (p.64) siendo un factor de protección por encontrarse bajo la media establecida, dentro de la escala del 0 a 10, con lo que representa ser una variable de protección.

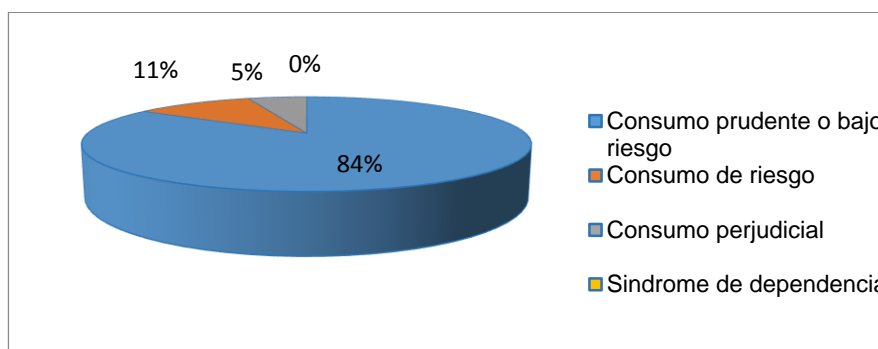


Figura 7. Porcentajes test AUDIT. Género femenino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El análisis en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, como se puede apreciar en la figura 7, la población objeto de investigación presenta: síndrome de dependencia 0%, consumo prudente o de bajo riesgo 84.2%, el 10.5% consumo de riesgo y el 5.3% el consumo perjudicial.

Al interpretar los resultados de la variable personalidad, se observa que se mantiene una puntuación de 6, lo cual supera la media establecida, e indica a (Type A Behavior Scale) como una variable de riesgo.

Tabla 13. Frecuencia Type A Behavior Scale (TYPE A)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se aprecia en la tabla 13, las frecuencias más representativas respecto al deseo de sobresalir en el (reactivo 1) siendo una frecuencia de 9 sujetos los que responden con la opción de “bastante bien”. Una frecuencia de 10 sujetos en el (reactivo 3) respecto a ser exigentes y competitivos, afirman que “de vez en cuando”. Con una frecuencia de 15 sujetos en el (reactivo 7) ¿Alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario laboral/escolar? Afirman que “sí” y finalmente el (reactivo 9) ¿Alguna vez se sienten inseguros, incómodos, o insatisfechos con su rendimiento académico? 15 sujetos manifiestan “sí”. De manera que se confirma como variable de riesgo.

Con una puntuación de 6 la cual se puede constatar en la figura 6 (p.64) corresponde a la variable de soledad (UCLA), la misma que se encuentra por encima de la media, lo cual

permite apreciar que la población investigada presenta altos niveles de soledad y a la vez demuestra que es una variable de riesgo.

Tabla 14. Frecuencia Loneliness Scale Revised-Short (UCLA)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se aprecia en la tabla 14, la frecuencia más representativa respecto a que si se siente parte de un grupo de amigos en el (reactivo 5), siendo una frecuencia de 10 sujetos los que responden con la opción de “siempre”, de la misma forma el (reactivo 4), tiene una frecuencia de 9 sujetos que responden “a veces” a la pregunta que indica con que frecuencia se sienten solos/os y por último el (reactivo 13) con una frecuencia de 8 sujetos mencionan que “rara vez” sienten que nadie les conoce realmente bien. Por lo que se puede confirmar en la figura 6 (p. 64) como un factor de riesgo.

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), la población femenina investigada se ubica con una puntuación de 6, lo cual se aprecia como un puntaje superior respecto a la media, de esta forma se afirma que es una variable de protección.

Tabla 15. Frecuencia Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	2	10	3	2
2	0	3	7	5	4
3	2	2	6	6	3
4	3	4	7	2	3
5	4	6	6	3	0
6	2	2	8	4	3

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Como se puede apreciar en la tabla 15, la mayor frecuencia es de 10 sujetos que se sitúan en el (reactivo 1) tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles, para lo cual responden “neutral”. Con una frecuencia de 6 sujetos en el (reactivo 5) normalmente paso momentos difíciles sin gran problema, dan como respuesta tanto en la opción de “en desacuerdo” como en la “neutral”, afirmando con esto la puntuación obtenida de la figura 6, ratificando así que es un factor de protección de la mencionada población.

Para el análisis de (ASSIST) en la figura 6 (p.64), se observa una puntuación de 0, por lo tanto no se realiza un análisis en este caso.

Tabla 16. Frecuencias The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	18	1	0	0	0
2	16	1	0	2	0
3	9	7	2	1	0
4	19	0	0	0	0
5	19	0	0	0	0
6	18	1	0	0	0
7	18	1	0	0	0
8	18	0	0	1	0
9	19	0	0	0	0
10	19	0	0	0	0
11	18	1	0	0	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con las frecuencias de la tabla 16, se puede observar una puntuación de 0 por lo cual no se realiza un análisis de este caso.

De acuerdo a la figura 6 (p.64) se observa que la variable depresión posee una puntuación de 3, siendo una variable protectora, al ubicarse por debajo de la media.

Tabla 17. Frecuencias Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Con las frecuencias presentadas en la tabla 17, en referencia a las variables que evalúan la depresión y ansiedad, la mayor frecuencia es de 11 sujetos los cuales se sitúan en el (reactivo 7) han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión. Con una frecuencia de 8 sujetos tanto para el reactivo 8 y 9; 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 y si han pensado en que estarían mejor muertos o han querido hacerse daño de alguna forma respectivamente, eligen como respuesta “nunca”, esto se corrobora con la puntuación obtenida de la figura 6 (p.64).

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

Tabla 18. Frecuencias Satisfaction Life Question (LSD)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El análisis anterior lo comparamos con la tabla 18, en la cual se observa que la mayor frecuencia se sitúa en la categoría 7 con una frecuencia de 10 sujetos que hace referencia a la población femenina afirmando ser una variable protectora.

ANÁLISIS DE RESULTADOS RESPECTO AL GÉNERO MASCULINO.

En este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población masculina investigada, se debe considerar la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que es 5 el valor medio, el análisis dependerá de la variable para definirla si es un factor de riesgo o protección.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

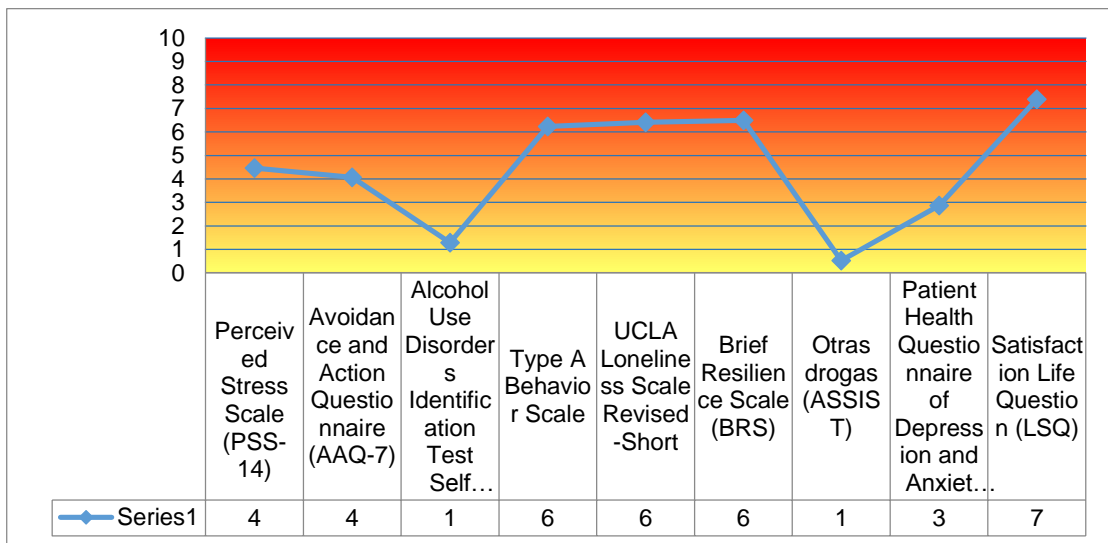


Figura 8. Batería con resultados estandarizados. Género masculino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Respecto a los resultados evidenciados en la figura 8, se puede notar que la población investigada referente al género masculino en la variable de estrés, tiene una puntuación de 4 en la escala de 0 a 10, lo cual determina ser una variable de protección.

Tabla 19. Frecuencias Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	5	15	15	2	1
2	4	17	12	3	2
3	0	4	27	2	4
4	2	3	9	16	7
5	2	5	11	18	2
6	1	3	9	18	7
7	0	3	14	16	5
8	3	16	15	4	0
9	0	2	12	20	4
10	2	3	15	14	4
11	0	10	9	15	4
12	0	4	12	11	11
13	1	6	18	10	3
14	6	16	10	5	1

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 19, se aprecia una frecuencia de 18 sujetos en el (reactivo 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?. Una frecuencia de 20 sujetos en el (reactivo 9) en el último mes ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? Y con una frecuencia de 11 sujetos en el (reactivo 12) en el último mes ¿Con qué frecuencia sientes que tus relaciones sociales no son significativas? Donde la población masculina contesta a los reactivos presentados con “a menudo” afirmando lo indicado por la tabla.

Para el caso de la variable de inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se puntúa con 4 en la escala de 0 al 10, lo cual determina ser una variable de protección.

Tabla 20. Frecuencias Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	10	17	2	5	1	1	2
2	6	12	6	6	1	4	3
3	10	8	8	3	3	4	2
4	20	8	3	3	0	2	2
5	8	10	7	9	1	2	1
6	6	16	1	5	7	2	1
7	6	14	0	11	3	2	2

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 20, se aprecia una frecuencia de 20 sujetos en el (reactivo 4) mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena. Una frecuencia de 10 sujetos en el (reactivo 1) mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría. Donde la población masculina investigada responde a los dos reactivos con “nunca es verdad”. Lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en la figura 8 (p.71).

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT) cuenta con una puntuación de 1 lo cual se considera como un consumo prudente o de bajo riesgo, sin embargo no se considera un factor de protección, porque existe un consumo de alcohol.

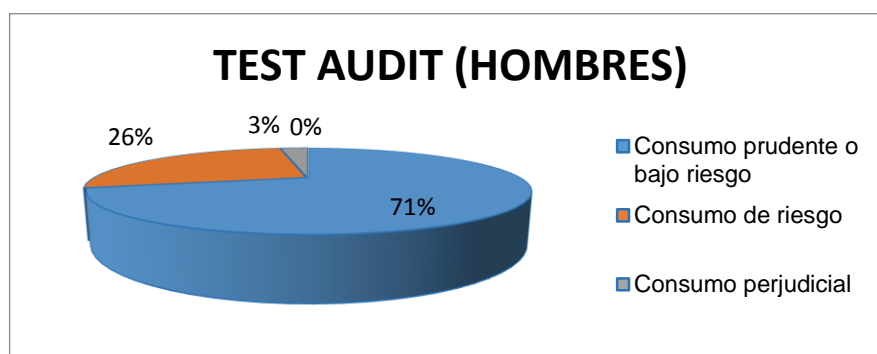


Figura 9. Porcentajes test AUDIT. Género masculino.

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Para confirmar el análisis de la puntuación obtenida, podemos apreciar en la figura 9 la misma que presenta un porcentaje de 71% en consumo prudente o bajo riesgo siendo el porcentaje más representativo y el 3% con el consumo perjudicial siendo este de alto riesgo.

En cuanto al análisis de la variable personalidad (Type A) en la figura 8 (p.71) se observa una puntuación de 6, lo cual sobrepasa la media de 5 puntos. Por lo tanto es considerada como variable de riesgo.

Tabla 21. Frecuencia Type A Behavior Scale (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	12	15	10	1
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	21	13	0
3	9	18	8	3
4	0	17	17	4
5	11	15	11	1
6	5	17	16	0
Reactivo	Si		No	
7	25		12	
8	24		14	
9	30		8	
10	23		15	

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Se aprecia en la tabla 21 las frecuencias más representativas respecto al deseo de sobresalir en el (reactivo 1) siendo una frecuencia de 15 sujetos de la población masculina los que responden con la opción de “bastante bien”. Una frecuencia de 21 sujetos en el (reactivo 2) respecto a estar presionado por el tiempo, para lo cual seleccionan la opción “de vez en cuando” y por último con 30 sujetos en el (reactivo 9) respondiendo “si” a que alguna vez se sienten inseguros, incómodos, o insatisfechos con su rendimiento académico.

Con una puntuación de 6 la cual se puede constatar en la figura 8 (p.71) corresponde a la variable de soledad (UCLA), la misma que se encuentra por encima de la media, lo que permite apreciar que la población investigada presenta altos niveles de soledad y a la vez demuestra que es una variable de riesgo.

Tabla 22. Frecuencia Loneliness Scale Revised-Short (UCLA)

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	0	7	26	5
2	5	14	16	3
3	6	20	8	4
4	6	16	13	3
5	1	5	12	20
6	1	10	20	6
7	16	12	10	0
8	4	23	9	2
9	1	4	17	16
10	0	6	24	8
11	10	21	6	1
12	13	16	8	1
13	10	10	11	7
14	12	18	8	0
15	6	5	18	8
16	0	11	19	8
17	1	17	18	2
18	5	17	14	2
19	0	9	17	12
20	0	9	16	13

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

Se aprecia en la tabla 22, una frecuencia de 26 sujetos en el (reactivo 1) ¿Con qué frecuencia sientes que la gente que te rodea te entiende? Una frecuencia de 16 sujetos en el (reactivo 2) ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía? y con 13 sujetos en el (reactivo 4) ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a? siendo estas las frecuencias que respondieron como “a veces” a los diferentes reactivos, afirmando ser un factor de riesgo y corroborando la información brindada en la tabla.

Con los resultados obtenidos en la figura 8 (p.71) respecto a la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), se tiene una puntuación de 6 por lo tanto la población masculina objeto de investigación supera los problemas presentados de una manera positiva, apreciada a su vez como variable protectora.

Tabla 23. Frecuencia Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	1	2	12	15	8
2	1	9	18	7	3
3	2	13	10	8	5
4	6	9	17	5	0
5	1	6	18	10	2
6	2	16	15	4	1

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

De acuerdo a la tabla 23, en el (reactivo 1) se tiene una frecuencia de 15 sujetos que respondieron “de acuerdo” a recuperarse rápidamente después de los momentos difíciles, y una frecuencia de 18 sujetos que respondieron en la categoría neutral en el (reactivo 5) los cuales mencionan que normalmente pasan los momentos difíciles sin gran problema.

La variable consumo de otras drogas (ASSIT) en la figura 8 (p.71), se presenta una puntuación de 1, lo cual se puede evidenciar como el consumo bajo respecto a la máxima puntuación que es de 10 puntos, pero es importante analizar el tipo de sustancias que se consumen diario o casi a diario.

Tabla 24. Frecuencia The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	35	2	1	0	0
2	28	6	3	1	0
3	15	13	6	4	0
4	32	5	1	0	0
5	37	1	0	0	0
6	37	0	1	0	0
7	34	3	1	0	0
8	36	1	1	0	0
9	37	1	0	0	0
10	38	0	0	0	0
11	36	1	1	0	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Al apreciar la tabla 24, podemos evidenciar que existe un mínimo consumo de otras sustancias perjudiciales para la salud, sin que estas afecten la salud mental de los individuos investigados.

De acuerdo a la figura 8 (p.71) se observa que la variable depresión posee una puntuación de 3, siendo una variable de protección, al ubicarse por debajo de la media establecida.

Tabla 25. Frecuencias Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	12	17	5	4
2	11	19	8	0
3	16	12	8	2
4	12	17	7	1
5	13	13	9	3
6	17	12	5	4
7	17	12	6	3
8	18	14	4	2
9	27	7	2	2

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

Las frecuencias presentadas en la tabla 25, hacen referencia a las variables de la depresión y ansiedad, con una frecuencia de 13 individuos en el (reactivo 5) tiene poco o excesivo apetito. Una frecuencia de 27 individuos en el (reactivo 9) ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma. Finalmente en el (reactivo 7) una frecuencia de 17 individuos ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión. En estos tres reactivos la población masculina, responden con “nunca”, corroborando así la puntuación obtenida en la figura 8.

Finalmente se realiza el análisis de la variable satisfacción de vida (LSQ) correspondiente a la población masculina investigada, la misma que se ubica con una puntuación de 7, lo cual indica que se encuentra en un nivel favorable y se define a la vez como una variable de protección.

Tabla 26. Frecuencia Satisfaction Life Question (LSQ)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El análisis anterior lo comparamos con la tabla 26, en la cual se observa que la mayor frecuencia se sitúa en las categorías 7 y 8 con una frecuencia de 9 sujetos en cada categoría que hace referencia a la población masculina, afirmando ser una variable de protección.

3.2. Discusión de los resultados obtenidos.

En base a los resultados obtenidos y analizados en los apartados anteriores podemos ver que el grupo muestral representa a una población de adolescentes comprendida entre 14 y 17 años de edad, con un porcentaje ligeramente mayor de hombres (67%) que de mujeres (33%) y con un menor porcentaje estudiando en segundo año de bachillerato (46%) que en primero de bachillerato (54%). La muestra extraída describe adecuadamente a la población de la cual fue tomada.

Bajo esta base, los resultados para cada cuestionario que forma parte de la batería aplicada, informan sobre la relación de cada variable medida con su puntaje medio y las frecuencias de las respuestas dadas, de modo que sean consideradas como factores de protección o de riesgo según corresponda.

En el test PSS-14, Los resultados muestran un valor estandarizado inferior al puntaje medio tanto para mujeres (5) como para hombres (4), determinándose como un factor de protección gracias al hecho que las respuestas dadas presentan una tendencia a no considerar su vida como un evento estresante; y, por tanto evita que se produzca un deterioro de la salud mental, por lo que Cullari. (2001) menciona que el estrés se refiere a cualquier factor o circunstancia ambiental que pueda tener un impacto negativo sobre el propio cuerpo, de este modo dispara el proceso de la enfermedad. Sin embargo, es necesario mencionar que el valor protector de esta variable es mayor para hombres que para mujeres, pues la desviación del puntaje estandarizado es de 5 puntos para las primeras y de solo 4 para los segundos. En investigaciones anteriores se descubrió que los varones muestran un mayor estrés percibido que las mujeres (Iglesias Parra, 2011), por lo cual Bertrán (2010) indica que el estrés es el

conjunto de reacciones psicológicas y físicas que incomodan, como consecuencia de tener que enfrentar situaciones demandantes, peligros reales o potenciales y otras presiones que exigen una necesidad de adaptación mayor que la habitual. Así pues, mediante los resultados obtenidos en la investigación se comprueba que la población investigada no mantiene sus niveles de estrés elevados, siendo un factor de protección en la población investigada.

Analizando los resultados obtenidos de la variable inflexibilidad psicológica, se verifica un puntaje igual e inferior a la media establecida, tanto para mujeres (5) y para hombres (4), considerándose como una variable de protección, la cual es superior en el caso de los hombres que en las mujeres. Hayes (2011) afirma que “La inflexibilidad psicológica nace de la evitación experiencial, el enredo cognitivo, el apego a un self conceptualizado, la pérdida de contacto con el presente y la falla en comprometerse con los pasos conductuales necesarios en función de los valores propios”. De ahí que los hombres tienen mayor capacidad que las mujeres para no padecer sentimientos de culpabilidad, ni malestares crónicos; además de tener una gran capacidad de adaptación a diferentes situaciones, no pierden contacto con el presente, manteniendo de esta manera su flexibilidad psicológica en una puntuación adecuada.

En lo referente a la personalidad tipo “A”, en la investigación realizada existe una puntuación de (6) para hombres y mujeres, de manera que es una variable de riesgo para ambos sexos, quienes se caracterizan por tener conductas raras, excéntricas y están conformados por una serie de rasgos, incluyendo competitividad, un sentido de tiempo y una combinación peligrosa de ira, cinismo y hostilidad. Además la investigación realizada por (Martos y Martínez, 1999) demostró que individuos con estilo de comportamiento tipo A se identifican más con el trabajo como obligación, valoran la posición-prestigio e ingresos que proporciona y dan menos importancia a las relaciones interpersonales y el trabajo en sí mismo. Es así que Kassin et al, (2013) afirma que estas personas son menos conscientes en su salud; es decir, tienden a fumar, ingerir alcohol, consumir sustancias psicotrópicas, hacer menos ejercicios y comer menos alimentos saludables; A esto se corrobora con un estudio clásico donde fue analizada una muestra de 3.500 pacientes encontrándose una relación entre Patrón de comportamiento de Tipo “A” (PCTA) y las enfermedades coronarias (Friedman & Rosenman 1976) siendo estas enfermedades el producto de una mala alimentación y ritmo de vida.

Al analizar y discutir el consumo de bebidas alcohólicas correspondiente a la variable AUDIT en el estudio realizado; se puede definir que el consumo de alcohol en los adolescentes es uno de los riesgos menos representativos de la investigación. Por lo tanto, de acuerdo a los

resultados obtenidos se tiene que el 75.4% de la población mantiene un consumo prudente o de bajo riesgo, el 21.1% consumo de riesgo, 3.5% consumo perjudicial y el 0% se ubica en el síndrome de dependencia. Evitando con esto lo mencionado por Perales y Del Pueyo, (2006) cuando mencionan que; el alcohol tiene un alto grado de toxicidad y genera una dependencia física, rápida y fuerte, al mismo nivel que los opiáceos y muy por encima de la cocaína o el cannabis. Así, el consumo de alcohol no es significativo en ninguno de los dos sexos que se investigó, pues las mujeres como los hombres presentan un consumo prudente o de bajo riesgo del 84.2% y 71.1% respectivamente y en los dos casos presentan el 0% del síndrome de dependencia, de esta manera se ha podido evitar problemas como los que menciona Oblitas (2010), cuando afirma que la conducta nociva afecta tanto a hombres como a mujeres. Se calcula, que 3.3 millones de adolescentes, entre 14 y 17 años, que ingieren bebidas alcohólicas presentan signos o síntomas que podrían desencadenar problemas graves relacionados con el alcohol. Esto lo ratifica Roque Latorre (2014) cuando menciona que el comportamiento humano es alterado por la ingesta de alcohol. Aun en cantidades pequeñas, se observa depresión del sistema nervioso que causa bradipsiquia con disminución en la capacidad de aprendizaje, pérdida de la memoria, disminución de la autocrítica y marcado aumento de la agresividad.

En lo que representa la variable sensación subjetiva de soledad (UCLA), en el estudio realizado se obtuvo una puntuación de (6) en ambos sexos; indicando así, que es una variable de riesgo para los hombres y las mujeres, que presentan un sentimiento de soledad que sobrepasa la media establecida. Siendo el estudio de Fatin, Florentino y Correché (2005), los que indican que las mujeres adolescentes tienden a buscar apoyo social, concentrarse en resolver sus problemas, preocuparse y buscar apoyo espiritual, cuando tienen dificultades; mientras que los varones tienden más a utilizar estrategias de ignorar el problema y a la distracción física (Ojeda y Espinosa, 2010). En consecuencia Cullari (2001), indica que las personas bien relacionadas tienen muchos amigos, miembros familiares y otros asociados que brindarán todo el apoyo que la persona así lo requiera. En consecuencia se evidencia una discrepancia entre lo mencionado por Cullari, las investigaciones realizadas y la población investigada; puesto que, los sujetos no mantienen muy buenas relaciones sociales. Por consiguiente, se puede afirmar que el apoyo social es fundamental en las diferentes etapas de la vida, brinda seguridad, consuelo, mejora el autoestima, la confianza y da solución a los problemas tanto intrapersonales como interpersonales.

Por otra parte, al analizar y discutir sobre la resiliencia (BRS) en la investigación realizada, se puede definir que la capacidad de afrontamiento que tiene la población investigada es una

variable protectora para los dos sexos, dado que hombres y mujeres tuvieron una puntuación de (6), manteniendo la capacidad de afrontamiento sobre la media establecida. Las investigaciones realizadas apoyan la idea general de que la resiliencia, o resistencia, sirven como una barrera contra el estrés (Funk, 1992) citado en Kassin, et al., (2013). En base a estos resultados, Bertrán (2010) afirma que la resiliencia o también llamada capacidad de recuperación (elasticidad) indica la manera de afrontar las situaciones que aquejan el diario vivir de las personas. De modo que tiene relación la variable de estrés percibido con la resiliencia ya que el estrés se encuentra en un nivel inferior a la media, por mantener una resiliencia sobre la media establecida.

Para el caso de la variable del consumo de otras drogas (ASSIST), los hombres puntuaron (1) y las mujeres (0), manteniendo esta variable bajo la media establecida para ambos sexos, donde las mujeres mantienen una protección superior a los hombres, quienes indican que consumen algún tipo de droga, sin embargo, existen márgenes de consumo bajo en los hombres, y en consecuencia no causa peligro a la población investigada. Pero la investigación realizada en estudiantes de 13 a 18 años en la provincia de Valladolid (España), durante el año 2012 demuestran que las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años fueron el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes. (Vasquez y et al, 2014). Como consiguiente es necesario nombrar a Hombrados Mendieta (2013) cuando afirma que el consumo de drogas constituye actualmente un importante problema de salud pública y es en la etapa de la adolescencia donde se inicia el consumo. Razón por la que se indica que las mujeres no mantienen los mencionados problemas de consumo; ya que, en la investigación realizada se afirma claramente que no existe consumo alguno.

La variable depresión (PHQ-9) en el estudio realizado, indica que hombres y mujeres alcanzaron una puntuación de (3). La cual se encuentran bajo la media establecida, debiendo ser considerada como variable de protección. Siendo de vital importancia mencionar los estudios realizados por Alansari (2005) donde se encontró que la comorbilidad entre ansiedad y depresión se produce en mayor medida entre los adolescentes, de tal forma que entre el 25 y 50% de los jóvenes con depresión muestra sintomatología ansiosa, mientras que entre el 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad presentan sintomatología depresiva, lo que indica la progresión del riesgo de comorbilidad de la infancia a la adolescencia (Axelson y Birmaher, 2001) De esta manera podemos hacer mención a Oblitas (2010) cuando menciona que la depresión es un padecimiento que es considerado dentro de la categoría de trastornos de estado de ánimo de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), que incluye a los desórdenes que se caracterizan por una disfunción del estado de ánimo, una emoción prolongada que matiza la vida psíquica en general, acompañada de síndromes maniacos o depresivos. Por

tanto la muestra investigada no presenta estas características logrando mantener una buena salud mental.

Finalmente al analizar la variable de satisfacción con la vida (LSQ) en el estudio realizado, se puede indicar que tanto hombres como mujeres tuvieron una puntuación de (7), considerándose como una variable de protección para ambos sexos; ya que mantienen la satisfacción vital sobre la media establecida, lo que se verifica en la puntuación de 1 a 10 cuando la mayor frecuencia marca 7 y 8, demostrando de esta manera ser un variable de protección. Estos datos concuerdan con la investigación donde participaron una muestra de 1319 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 11 y 16 años y escolarizados en siete centros de enseñanza de la Comunidad Valenciana (España) donde los resultados indicaron que, tomando los datos en conjunto, la calidad del clima percibido por el adolescente en ambos contextos, familiar y escolar, se relaciona con el grado de satisfacción vital autoinformado. (López, Pérez, Ochoa, y Ruiz, 2008) Y esto se corrobora con la investigación realizada ya que existen diferentes factores de protección como: el estrés, la inflexibilidad, el consumo de alcohol, la resiliencia, el consumo de otras drogas, la depresión, ansiedad y la satisfacción con la vida que son factores que mantienen la satisfacción vital sobre la media establecida.

CONCLUSIONES

- Las variables psicosociales que están asociadas al consumo de sustancias y a la salud mental a nivel nacional en los estudiantes de bachillerato son: el estrés, la inflexibilidad, sensación subjetiva de soledad, el consumo de alcohol, la resiliencia, el consumo de otras drogas, la depresión, ansiedad y la satisfacción con la vida.
- Los resultados obtenidos muestran que la variable personalidad tipo A y sensación subjetiva de soledad (UCLA) son factores de riesgo para la salud mental y el consumo problemático de sustancias.
- El consumo de alcohol es mínimo en la población investigada, tanto en el género masculino como femenino, sin embargo se debe tomar en cuenta que este uso mínimo deberá ser intervenido por los docentes y padres de familia al ser este un factor de riesgo para los adolescentes que no consumen alcohol.
- En cuanto a los datos estandarizados para las diferentes variables en función del género, el consumo de sustancias ilegales es nulo para el género femenino y un consumo prudente o de bajo riesgo para el masculino, siendo esta una variable protectora para el género femenino, y una variable de riesgo para el género masculino.
- Existe una mínima diferencia entre las variables consideradas para cada género, ya que sus puntuaciones son similares, salvo para el caso del estrés, la inflexibilidad psicológica, y el consumo de otras drogas donde existe poca diferencia entre los dos géneros.
- Se logró conocer los factores de riesgo y protección, por los que atraviesa la población investigada, brindando una adecuada información de datos relevantes para la elaboración de los informes para los establecimientos.

RECOMENDACIONES

- Autoridades, docentes, padres de familia y lectores en general se recomienda mejorar los factores de protección que refleja la investigación como: el estrés, la inflexibilidad, el consumo de alcohol, la resiliencia, el consumo de otras drogas, la depresión, ansiedad y la satisfacción con la vida. Mediante la comunicación asertiva, fomentando la integración familiar a través del diálogo y la colaboración conjunta.
- Se recomienda a los padres de familia buscar la guía de un profesional especialista en el área para asistir a terapias con sus hijos y de esta manera conseguir apoyar a los adolescentes que mantienen la personalidad tipo “A” y que padecen de sensación subjetiva de soledad. Logrando con esto disminuir la incidencia de las variables de riesgo, que pueden acarrear al consumo de sustancias ilegales.
- A docentes y padres de familia de los adolescentes se recomienda realizar una intervención primaria la cual se encargara de: reforzar la información sobre el consumo de sustancias ilegales y sus consecuencias, implementar estrategias para la generación de alternativas, adquisición de habilidades de resistencia y estrategia de aprendizaje de competencias, mismas que son habilidades genéricas para enfrentarse con la vida y los posibles problemas de consumo.
- Las variables de riesgo y de protección detectadas permitirán realizar programas de intervención primaria, donde se fortalecerá las variables protectoras y disminuirá la incidencia de aquellas que se encuentran como variables de riesgo.
- Se recomienda a las autoridades de los establecimientos realizar campañas de sensibilización como: talleres, charlas y capacitaciones para poder concientizar a los adolescentes sobre las consecuencias que trae el consumo de sustancias para la salud mental.
- Realizar actividades variadas en las instituciones educativas, de manera que los adolescentes puedan reflexionar y entender que puede hacer uso de su tiempo libre en actividades beneficiosas para su salud, sin involucrar al alcohol y al consumo de sustancias.
- Para romper la actual epidemia del consumo de drogas se debe ayudar a los adolescentes consumidores que lo desean a dejar de consumir, pero sobre todo hay

que reducir la elevada incidencia del consumo entre los adolescentes a través de las técnicas basadas en los principios del autocontrol, como son el auto registro, las técnicas cognitivas, valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales, como una alternativa para disminuir los niveles de consumo en los próximos años.

- Para futuras investigaciones se recomienda el análisis de las diferentes variables utilizando test o cuestionarios específicos, para profundizar los diferentes temas investigados.
- A la Universidad Técnica Particular de Loja, para futuras investigaciones elaborar protocolos de convenios con diferentes unidades educativas, para de esta manera perfeccionar el procedimiento investigativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre, Á. (2009). *Psicología de la adolescencia*. España: Morcombo.
- Alansari, B. (2005). *Relación entre la depresión y la ansiedad entre los estudiantes universitarios en dieciocho países árabes : Un estudio transcultural . Comportamiento Personal Social*.
- Alvarez, J. (2011). *Análisis psicosocial del uso de sustancias adictivas*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- Álvarez, R. (2002). *Inteligencia emocional: el valor de aceptación y compromiso*. España: FS Lugo. Obtenido de <http://www.proyctohombre.es/archivos/24.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Axelson , D., y Birmaher, M. (2001). *Relación entre la ansiedad y los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia . La depresión y la ansiedad*.
- Barlow, D., y Durand, V. (2003). *Psicopatología* (3 Edición ed.). España: Thomson.
- Barrionuevo, J. (2011). *Adolescencia y juventud*. Argentina: Eudeba.
- Barrionuevo, J. (2011). *Adolescencia y juventud: consideraciones desde el psicoanálisis*. Argentina: Eudeba.
- Barrón, M. (2010). *Adicciones: nuevos paraísos artificiales, indagaciones en torno de los jóvenes y sus consumos*. Argentina: Brujas.
- Bertrán, J. (2010). *Psicopedagogía de la diversidad en el aula*. Mexico: Alfaomega.
- Bilbao, F. M. (2014). *Manual de drogas y factores de riesgo droyfar*. Estados Unidos .
- Borghino, M. (2015). *El Gran salto de su vida*. Grijalbo.
- Bustamante, A. (2011). *Adolescencia: la revuelta filosófica*. España: Desclée de Brower.
- Cabanyes, J. (2012). *La salud mental en el mundo de hoy*. España: Eunsa.
- Camejo, R. (2006). *La adolescencia y sus peculiaridades en el ser humano*. Argentina: El cid editor.
- Camejo, R., y Aguilar, L. (2009). *Las Drogas*. Argentina: El Cid.

- Carmen, L. (2006). *Acerca de nosotros: Papeles del psicólogo*. Recuperado el 10 de Mayo de 2015, de sitio web de Papeles del psicólogo: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1339.pdf>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed.). México: Pearson.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de la Psicología Clínica*. México: Pearson.
- Díaz, E. (2007). Bienestar Subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población Chilena de la región del Maule 1. (U. d. Talca, Ed.) *Universum*, 184-200. Recuperado el 2015, de <http://search.proquest.com/docview/748428298?accountid=45668>
- Fatin, M. B., Florentinom, M. T., y Correché, M. S. (2005). *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento de adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. Fundamentos en humanidades*.
- Francia, M. E., Ramírez, P., y Cabrera, M. J. (2008). *Adolescencia y Drogadicción*. España: Revista Electrónica de portalesmédicos.com.
- Friedman, M., y Rosenman, R. H. (1976). *Conducta Tipo A y su Corazón*. México: Grijalbo.
- Fuertes, J. C. (2012). *¿Que me pasa doctor?* Debolsillo.
- García, A., y Sanchez, A. (2011). *Drogas Sociedad y Educación*. España: Edit.um.
- García, J. A., y Delval, J. (2010). *Psicología del desarrollo I*. Madrid: Uned.
- Gonzales, A. A., y Matute, E. (2013). *Cerebro y Drogas*. México: Manual Moderno.
- González, M. (2008). *educación ético-cívica 4° ESO*. Editex.
- Hayes, S. (26 de 10 de 2011). *Perfil Psicologico*. Obtenido de <https://psicohonduras.wordpress.com/2011/10/26/perfil-psicologico-steven-c-hayes/>
- Haynes, S. G., y Baker, E. E. (1982). *Type A behavior and the ten year incidence of coronary heart disease in the Framingham Heart Study*. *Activitas Nervosa Superior*, 149(12), 879-888.
- Helliwell, J., Layard, R., y Sachs, J. (2012). *World Happiness Report*. Obtenido de www.earth.columbia.edu/sitefiles/file/Sachs%20Writing/2012World%20Happiness%20Report.pdf.
- Hombrados, I. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Madrid: Síntesis.
- Iglesias, Parra, R. (2011). *Estudio del estrés percibido por alumnos noveles de ciencias de la salud*. Málaga, España: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Málaga.

- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2008). *La ciencia de la drogadicción*. España: Institutos Nacionales de Salud.
- Insulza, J. M. (2013). *El problema de las drogas en las Americas: Estudios*. Estados Unidos: OEA.
- Kassin, S., Fein, S., y Hazel, M. R. (2013). *Psicología Social*. Cengage Learning.
- Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, A. K., y et al. (2008). *Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? Annals of Internal Medicine, 149(12)*, 879-888.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). *The phq-9: Validity of a brief depression severity measure [Electronic version]. Journal of General Internal Medicine, 16(9)*, 606-13.
- López, A. (2014). *Adolescencia: límites imprecisos*. España: Larousse-Alianza Editorial.
- López, E., Pérez, S. M., Ochoa, G. M., y Ruiz, D. M. (2008). *Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. Revista mexicana de psicología, 25(1)*, 119-128.
- M. R., y Palacios, J. (2010). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Martos, P. B., y Martínez, J. M. (1999). *El significado del trabajo en personas con patrón de conducta tipo A. Psicothema, 11(2)*, 357-366.
- Menéndez, L. F., y Fernández, M. (2014). *Escuela de padres y madres*. España: Ministerio de Educación de España.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna (Segunda ed.)*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- Ministerio de Salud Pública . (2013). *Manual del modelo de atención integral de salud-MAIS*. Ecuador .
- Morejon, A. J., y García-Boveda, R. J. (1994). *RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. Revista de Psicología de la Salud, 6(1)*, 45-54.
- Moreno, A. (2007). *La adolescencia* . España: UOC.
- Morris, H., y Maisto, A. (2008). *Psicología*. Pearson.
- Mosso, L. (2015). *Salud y adolescencia: opciones para una vida saludable*. Argentina: Editorial Maipue.

- Mosso, L., y Penjerek, M. M. (2007). *Adolescencia y salud*. Argentina: Maipue.
- Navarro, R. (2007). *Psicoenergética método de psicoterapia corporal para integrar las emociones y el cuerpo*. México: Pax México Librería Carlos Cesarman, S.A.
- Oblitas, G. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage.
- Ojeda, A., y Espinosa, D. I. (2010). *Afrontamiento y autocontrol en adolescentes michoacanos : evaluando su alternativa de ¿ migrar o no migrar ? Revista Interamericana de Psochology*.
- OMS. (2010). *the alcohol, Smoking and substance involvement screening Test (ASSIST): manual for use in primary care"*. Retrieved from http://who.int/substance_report/profiles/ecu.pdf?.ua=1.
- Oramas, A., Santana, S., y Vergara, A. (2006). El bienestar psicologico. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2),3(4-9).
- Organizacion Mundial de la Salud. (2001). *La Salud Pubica al Servicio de la Salud Mental*. España: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Ampliación de la atención de los trastornos mentales,neurologicos y por uso de sustancias*. OMS.
- Perales, A., y Del Pueyo, B. (2006). *¿ Y si mi hijo se droga?* España: Debolsillo.
- R, C., Garcia, V., Gonzales, & Benitez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 586-592.
- Recalde, M. M. (2011). *Salud y adolescencia* (Segunda ed.). Argentina: Ediciones del aula Taller.
- Redalcy.org. (Octubre de 2012). *Revista de Ciencias Sociales*. Recuperado el 10 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/153/15328800009.pdf>
- Remor , E., y Carrobles, J. A. (2001). *Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14) Estudi psicométrico en una muestra VIH+Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Remor, E. (2006). *Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS)*. *The Spanish Journal of Psychology*, 25(1), 123-129.
- Rodrigo, M., y Palacios, J. (2010). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Roque, P. (2014). *Educacion para la salud*. México: Larousse- Grupo editorial patria.

- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid: Editorial Tebar.
- Ruíz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., y Beltrán, I. (2013). *Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II*. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Sandra. (19 de Junio de 2011). *Características de comportamiento tipo A y ansiedad*. Obtenido de <https://atencionatupsique.wordpress.com/2011/06/19/caracteristicas-del-patron-de-comportamiento-tipo-a-y-ansiedad/>
- Sarría, A., y Villar, F. (2014). *Promoción de la salud en la comunidad*. Madrid: Uned.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). *The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Souza y Machorro, M. (2007). *Clínica y Terapéutica*. Mexico: Alfil, S.A. De C.V.
- Sue, D., Sue, D. W., y Sue, S. (2012). *Psicopatología Comprendiendo La Conducta Anormal* (Novena ed.). México: Cengage Learning.
- Trullenque, E. (2010). Trabajo Social en Salud Mental/Social work in mental health. *Cuadernos de trabajo Social*, 333-352.
- Urbano, C. (2014). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Argentina: Editorial Brujas.
- Urbano, C., y Yuni, J. (2005). *Psicología de desarrollo enfoques y perspectivas del curso vital*. Cordoba- Argentina: Brujas.
- Vasquez fernandez, M. E., y et al. (2014). *Consumo de sustancias adictivas en los adolesecntes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas*. *Rev pediátr Aten Primaria [online]*, 16(62), 125-134.
- Zevallos, A. (11 de 02 de 2012). Obtenido de Defendiendo la Salud Mental: <http://andreszevallos.blogspot.com/2012/02/los-factores-biologicos-en-el-origen-de.html>

ANEXOS

Anexo1. Batería de cuestionarios.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gracias por su colaboración

Anexo 2. Carta de presentación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN Y DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Señor/ra _____

RECTOR _____

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

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

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

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

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

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

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

Atentamente,


Mgtr. Marina del Rocio Ramirez
**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA**


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

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL
Director del Proyecto: Mgs. Iván Isabel Andrade, ivandrade@utpl.edu.ec, Telf: 371444, Ext. 2631.
Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Sibila Vaca Gallegos
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iniguez
Equipo Investigador: Aguirre M., Carrico G., Erique E., Guerrero S., E. Sánchez C., Ramirez R., Ontarado M., Piedra N., Vivanco M.

Anexo 3. Consentimiento informado rectores



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: Ibarra

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

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

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.



F.-----

Fecha: 3 de Junio de 2015

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTPL
Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.
Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Yaca Gallegos
Coordinador de la Titulación de Psicología: Mgs. Jhon Espinoza Iñiguez



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: Ibarra

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

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

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
La ★ Salle
RECTOR

Fecha: 02 - junio - 2015

Proyecto aprobado por el Vicerrectorado de Investigación en la VI convocatoria de Investigación UTP
Director del Proyecto: Mgs. Livia Isabel Andrade, liandrade@utpl.edu.ec, Telf.: 371444, Ext. 2631.
Directora del Departamento de Psicología: Ph.D. Silvia Yaca Gallegos

Anexo 4. Formulación de asentimiento informado.



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

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

ASENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: IBARRA

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

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

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

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

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre del participante:

Santiago Fuentes

Nombre y firma del investigador:

DIEGO ALEJANDRO LUQUIN

Diego Luquin

Fecha: 02 - Junio - 2015

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

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

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

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

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

Anexo 5. Formulación de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

_____ Luz María Pérez _____

CI _____ 1001177117-9 _____

Firma del padre de familia: _____

Firma del investigador: _____

CI: _____ 180311630-8 _____

Fecha: _____

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

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

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

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

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

Anexo 6. Informes recibidos por parte de los Rectores de las Instituciones.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

INFORME RECIBIDO POR PARTE DEL RECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA

Ciudad: Ibarra.

YO, Armando Reina V, en calidad de Rector del colegio "San Francisco" de la ciudad de Ibarra.

He recibido el informe del proyecto "Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015", realizado por el Sr. Diego Alejandro Lliquín Pérez con CC: 180311630-8 estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Atentamente.-

DIOS; PATRIA Y CULTURA

F. [Firma]



Fecha: 7 de Marzo de 2016.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

INFORME RECIBIDO POR PARTE DEL RECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA

Ciudad: Ibarra

YO, Carmela Almeida, en calidad de Rector del colegio Unidad Educativa La Salle de la ciudad de Ibarra

He recibido el informe del proyecto "Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015", realizado por el Sr. Diego Alejandro Lliquín Pérez con CC: 180311630-8 estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Atentamente.-

DIOS; PATRIA Y CULTURA

F. Carmela Almeida UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR

La ★ Salle
RECTORADO

Fecha: 07-03-16