



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA DE PSICOLOGÍA**

**TÍTULO EN LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Análisis De Las Variables Psicosociales Asociadas A La Salud Mental En los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTOR:** Aveiga Villacís, Nejluj Marcusse

**DIRECTORA:** Mgtr. Andrade Quizhpe, Livia Isabel

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO**

**2016**

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Magister.

Livia Isabel Andrade Quizhpe

### **DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 4, distrito 13d02, circuito 13d02c04\_09 en el año 2015, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, marzo de 2016

f).....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Nejluj Marcusse AveigaVillacís, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Análisis De Las Variables Psicosociales Asociadas A La Salud Mental En los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015, de la Titulación de Psicología, siendo la Mgtr. Livia Isabel Andrade Quizhpe directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.....

**NejlujAveigaVillacís**

**CI: 1306521285**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a la Suprema Personalidad de Dios, que es uno solo, pero es a su vez conocido a través de los tiempos y de las diferentes culturas con diferentes nombres, tales como: Krishna, Govinda, Rama, Buda, Jehová, Yavé, entre muchos otros. Ya que sin la inspiración y protección de Él, ninguna meta humana podría culminarse satisfactoriamente.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a mi Maestro Espiritual B.A. ParamadvaitiSwami, ya que en Sus bendiciones logré encontrar la inspiración y fortaleza necesarias. También agradezco a mi hermana espiritual Gargidevidasi por brindarme ánimo y apoyo para avanzar en la elaboración de la tesis. Así como a todos aquellos quienes directa e indirectamente me dieron su incondicional ayuda y entusiasmo para continuar y culminar la elaboración de este trabajo. A la Magister Livia Andrade por la guía técnica que me brindó en el desarrollo de la tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>ASPECTOS</b>	<b>PAGINACIÓN</b>
CERTIFICADO DE APROBACIÓN	ii
AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	3
1.1. Salud Mental	4
1.1.1. Personalidad	5
1.1.2. Estrés	6
1.1.3. Apoyo Social	7
1.1.4. Inflexibilidad Psicológica	7
1.1.5. Compromiso Vital	8
1.1.6. Resiliencia	9
1.1.7. Ansiedad y Depresión	10
1.1.8. Satisfacción Vital	10
1.2. Consumo de Drogas	11
1.2.1 Consumo problemático de drogas	11
1.2.2. Consumo problemático de alcohol	12
1.2.3. Causas del consumo de drogas	13
1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas	14
1.3. Adolescentes	15
1.3.1. Desarrollo biológico	17
1.3.2. Desarrollo psicológico	18
1.3.3. Desarrollo social	19
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	21
2.1. Objetivos	22
2.2. Preguntas de investigación	22
2.3. Diseño de investigación	23

2.4. Contexto	23
2.5. Población	24
2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	24
2.6.1 Métodos	24
2.6.2. Técnicas	25
2.7. Procedimiento	26
2.8. Recursos	27
2.8.1. Talento Humano	27
2.8.2. Materiales y económicos	28
2.8.3. Institucionales	28
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS	29
3.1. Datos psicosociales	30
3.2. Análisis de los resultados generales	31
3.3. Análisis de los resultados respecto al género femenino	39
3.4. Análisis de los resultados respecto al género masculino	45
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	52
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

### ÍNDICE DE TABLAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Tabla 1. Frecuencia (PSS-14)	32
Tabla 2. Frecuencia (AAQ-7)	32
Tabla 3. Frecuencia (Type A)	34
Tabla 4. Frecuencia UCLA	35
Tabla 5. Frecuencia (BRS)	36
Tabla 6. Porcentajes obtenidos. Test ASSIST	37
Tabla 7. Frecuencia (PHQ-9)	38
Tabla 8. Frecuencia (LSQ)	38
Tabla 9. Frecuencia (PSS-14)	39
Tabla 10. Frecuencia (TYPE A)	41
Tabla 11. Frecuencia UCLA	42
Tabla 12. Frecuencia (BRS)	43
Tabla13. Porcentajes obtenidos. Test (ASSIST) género femenino	43

Tabla 14. Frecuencia (PHQ-9)	44
Tabla 15. Frecuencia (LSQ)	45
Tabla 16. Frecuencia (PSS-14)	46
Tabla 17. Frecuencia (AAQ-7)	47
Tabla 18. Frecuencia (TYPE A)	48
Tabla 19. Frecuencia UCLA	49
Tabla 20. Frecuencia (BRS)	50
Tabla 21. Frecuencia (PHQ-9)	50
Tabla 22. Frecuencia (LSQ)	51

### ÍNDICE DE FIGURAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Figura 1: Sexo	30
Figura 2: Edad	30
Figura 3: Año de Bachillerato	31
Figura 4: Figura de la batería con resultados estandarizados	31
Figura 5. Figura de los test AUDIT	33
Figura 6. Figura de los test con resultados estandarizados género femenino	39
Figura 7. Figura de los test AUDIT	40
Figura 8. Figura de los test con resultados estandarizados género masculino	45
Figura 9. Figura de los test AUDIT	47

### ÍNDICE DE ANEXOS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Anexos	71
Consentimiento informado por parte del Rector de las Instituciones Educativas	
Cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes	
Consentimiento informado	
Asentimiento Informado	



## RESUMEN

El trabajo de titulación denominado “análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de la zona 4, distrito 13d02, circuito 13d02c04\_09, realizado en el año 2015” analizó la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental.

Se utilizó el tipo de investigación no experimental, transversal, descriptiva. Se investigó en 66 adolescentes, 34 de primero y 32 de segundo de bachillerato, la muestra se obtuvo mediante el muestreo casual-accidental.

La técnica de investigación utilizada fue una batería de instrumentos psicológicos, constituida por diez instrumentos: sociodemográficos, satisfacción vital, resiliencia, estrés, inflexibilidad psicológica, depresión, consumo de alcohol, consumo de sustancias, personalidad tipo A y apoyo social.

Luego del análisis estadístico se concluyó que la distribución de las variables de protección de los adolescentes son: satisfacción vital y resiliencia con puntuaciones altas, inflexibilidad psicológica, estrés, depresión, consumo de alcohol y consumo de sustancias con puntuaciones bajas, y las variables de riesgo, personalidad tipo A con una puntuación alta y baja puntuación en apoyo social.

Palabras claves: variables psicosociales, consumo de sustancias, salud mental, adolescentes.

## **ABSTRACT**

The work for degree called “analysis of psycho-social variables related to mind health in the students of zone 4, district 13d02, circuit 113d02c04\_09 made on year 2015”, analyzed the psycho-social variables distribution linked with substances consumption and mind health.

This work used the non experimental type of investigation, transversal, descriptive. They were investigated 66 teenagers, 34 of 1<sup>st</sup> year and 32 of 2<sup>nd</sup> year of high school, the sample was defined by casual-accident testing method.

The research technique used was a battery of psychology instruments made of ten instruments: sociodemographic, vital satisfaction, resilience, stress, psychological inflexibility, depress, alcohol consumption, substances consumption, type A personality and social support.

After data analysis it was concluded that teenagers protection variables distribution are: vital satisfaction and resilience with high scores, psychological inflexibility, stress, depress, alcohol consumption and substances consumption with low scores, and risk variables, type A personality with a high score and low score in social support.

Key words: psychosocial variables, substances consumption, mind health, teenagers

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo debido a cambios biológicos que desencadenan a su vez cambios psicológicos. Estos cambios pueden generar situaciones problemáticas que ocasionan trastornos como el abuso en el consumo de sustancias tanto legales como ilegales, y de la salud mental. La importancia reside bajo la premisa de que, si el ambiente donde se desarrolla el adolescente no es equilibrado, los problemas surgen y se presentan a través de problemas psicológicos (estrés, ansiedad, depresión, adicciones, etc.), u otros como (enfermedades, alteraciones fisiológicas, etc.); así como también los problemas a nivel escolar (Baja nivel académico, pérdida de año, etc.); estos hechos son señalados como factores de riesgo, es así que podemos citar a Virseday Bezanilla, (2014, p. 192). Que afirma “son considerados factores de riesgo los que representan un peligro latente para la estabilidad física y emocional del adolescente”

De esta manera la presente investigación consta de tres capítulos que se detalla a continuación:

En el primer capítulo consta la literatura que nos permite sustentar la investigación mediante conceptos, definiciones de los temas investigados como, salud mental, personalidad tipo A, estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad-depresión y satisfacción vital, consumo de drogas, consumo de alcohol.

El segundo capítulo detalla la metodología, la misma que nos permite realizar el trabajo de investigación, en el mismo que constan los objetivos, el diseño de la investigación, las variables, la descripción de los instrumentos, así como la descripción del contexto, el proceso de investigación de campo, así como los procedimientos y los recursos utilizados durante el desarrollo de la investigación.

El tercer capítulo está constituido por el análisis, la descripción y discusión de los resultados alcanzados mediante la aplicación de 10 instrumentos psicológicos el mismo que nos permitió obtener la distribución o jerarquización en variables de protección y variables de riesgo asociadas a la salud mental de los adolescentes investigados. Las descripciones se presentan en tablas y figuras que nos permiten representar los resultados de toda la población, y por género.

Siendo la salud mental y el consumo de sustancias un problema de prioridad nacional se procede a la aplicación de las baterías mediante las cuales se puede conocer la distribución y selección de las variables psicosociales asociadas a ellas, cumpliéndose de esta manera con los objetivos planteados en la investigación.

El tipo de investigación que se utilizó en la investigación es la no experimental, transversal, descriptiva, los datos se procesaron mediante el método estadístico, los instrumentos que se utilizan permiten determinar: estrés psicológico, apoyo social, personalidad, consumo de alcohol y otras sustancias, resiliencia, ansiedad y depresión y satisfacción vital, que fue aplicado a una muestra de 66 adolescentes muestra obtenida a través del muestreo casual accidental no experimental.

Dentro de las dificultades para el desarrollo de la investigación son: las políticas institucionales para el desarrollo de investigaciones por parte de los establecimientos educativos particulares, la no firma de algunos de los consentimientos informados por parte de los padres de familia y la negativa de algunos estudiantes en el momento de firmar el asentimiento informado, lo que ocasiono la perdida se algunos datos.

En cuanto a las facilidades para la investigación de campo se encuentran la metodología establecida, los instrumentos y las variables seleccionados fueron de fácil comprensión para los investigados. En general, los suficientes recursos humanos, materiales, económicos e institucionales otorgados, permiten el desarrollo óptimo del trabajo y no existen inconvenientes importantes que impidan su consecución.

Los resultados obtenidos demuestran que la distribución de las variables de protección de los adolescentes son: satisfacción vital y resiliencia con puntuaciones altas, inflexibilidad psicológica, estrés, depresión, consumo de alcohol y consumo de sustancias con puntuaciones bajas, y las variables de riesgo, personalidad tipo A con una puntuación alta y baja puntuación en apoyo social.

## **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

## 1.1. Salud mental

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013) afirma: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

Por consiguiente, Moreno (2014) manifiesta que:

Los problemas de salud mental todavía viven y se viven en el silencio, a menudo provocado por el miedo, la vergüenza o la incomprensión, en resumen, por el estigma social que los rodea y los ha acompañado durante siglos. Ese silencio impide que muchas personas afectadas busquen ayuda profesional y se recuperen (p.18).

Por otro lado Hernández, Tapia, Reynagay Mendoza, (2015) consideran “que las víctimas de intimidación, chantaje, amenazas, o lesiones que involucren daños físicos, es decir un continuo de conductas nocivas, afectan su salud mental” (p.27).

Además López, Ochoa y Laizola (2005) refieren que: uno de los factores de riesgo que impide el buen desarrollo de la salud mental en los adolescentes sin duda es la falta de comunicación entre padres e hijos dentro del núcleo familiar, provocando en los adolescentes, a más de síntomas depresivos, ansiedad y estrés, la presencia de baja autoestima, problemas de integración social y victimización entre iguales.

Se puede concluir que la salud mental es una condición de bienestar con la cual es el ser humano está capacitado para superar dificultades cotidianas, prosperando y aportando positivamente al medio inmediato en el cual se encuentra inmerso. Sin embargo, situaciones contrarias a la salud mental pueden presentarse a causa de la incapacidad de las personas para expresar su malestar y de esta manera no acudan a un apoyo profesional. Las personas afectadas en su salud mental pueden ser aquellas personas perjudicadas por amenazas, daños físicos o psicológicos. La ausencia de comunicación entre miembros de la familia se considera como factores de riesgo causantes los mismos que pueden ocasionar síntomas depresivos u otros. Por lo tanto, la salud mental está determinada por múltiples

factores tanto intra como extra personales que posibilitan el actuar adecuado en busca de una productividad tanto personal como social.

## **Factores asociados a la salud mental:**

### **1.1.1. Personalidad**

Newstrom (2011) afirma:

Las personas tipo A son agresivas y competitivas, establecen estándares altos, son impacientes consigo mismas y los demás, y prosperan bajo presiones constantes de tiempo. Se exigen demasiado, incluso en momentos de esparcimiento y recreación. No se dan cuenta que muchas de las presiones que sienten son ocasionadas por ellas mismas, es decir, no son producto de su ambiente (p.395).

También, la personalidad tipo A se encuentra en la base etiológica del trastorno de algunos de nuestros sistemas orgánicos. Moyano, Icaza, Mujica y Núñez (2011) afirman que “en la investigación de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) la incidencia de los de tipo psicológico es cada vez más analizada en su posible contribución a la explicación del aumento de enfermedades cardiovasculares” (p.444).

Además, se encontró Booth-Kewley, et al. (1987), citado por Moyano, et al.(2011, p. 444) que en estudios meta – analíticos se revela que la ira y hostilidad aparecen como predictores significativos de trastornos coronarios y también como factores que alteran el grado de estabilidad de la presión arterial. Mientras que en otras revisiones, se encontró Surtees, Wainwright, Luben y Khaw (2005), citado por Moyano Díaz, E., et al. (2011, p.444) que la hostilidad está significativamente asociada a las enfermedades cardiovasculares pero a un nivel tan bajo que ello no tiene efectos prácticos para la predicción o la prevención.

Los tipos de personalidad, como factores inherentes al ser humano, determinan desde un primer momento las formas de pensamientos, sentimientos y conductas ejercidas a lo largo de la vida. Estos rasgos de personalidad tienen características pronósticas de condiciones que a futuro podemos desarrollar.

Existe una estrecha relación entre la personalidad tipo A y ciertas afecciones en el sistema cardiovascular. Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría y Rigotti(2014) manifiestan:

La personalidad tipo A, caracterizada por alta competitividad, hostilidad y sensación de urgencia constante, es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica, en contraste a lo que ocurre con la personalidad tipo B expresada por menos apremio y agresividad y más paciencia individual (p.1316).

En conclusión las personas tipo A son personas violentas, desafiantes, con tendencias a la competitividad, sienten que progresan en base a continuas presiones. Además, se ha observado que un individuo con personalidad tipo A presenta la tendencia a sufrir trastornos en algunos sistemas específicos como el cardiovascular, siendo esto en muchos casos predecible ya que la clase de personalidad condicionan desde el inicio tipos de pensar, sentir y actuar. Por lo tanto, las características del tipo de personalidad de un individuo van a generar tipos de personalidad que pueden ser causa de formas de patologías específicas. .

### **1.1.2. Estrés**

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas inespecíficos. Esta sintomatología llamó la atención de Selye, quien denominó al fenómeno “Síndrome de estar enfermo”. (Oblitas, 2010, p.215).

Por otro lado, Kail y Cavanaugh (2011) indican:

Esto significa que, el estrés es el resultado del reconocimiento de que la situación o evento en cuestión son muy complejos o exceden los recursos personales, sociales o de cualquier otra índole y ponen en peligro nuestro bienestar. Se ha comprobado que lo que resulta particularmente estresante son los problemas cotidianos y aquellas cosas que nos molestan e irritan (p.476).

Así mismo:

La teoría sobre el estrés ha demostrado que las situaciones estresantes son el producto de dos sistemas intervinientes: sujeto y medio ambiente, de manera que el proceso del estrés depende de la evaluación que el sujeto hace de la situación, en el sentido de considerarla amenazante o no (Omar, 2014, p.209).

El origen del concepto estrés aparece en la década de los 30 mencionado por Hans Selye quien identificó diversos síntomas similares en pacientes con distintas afecciones. Se entiende al estrés como una situación de riesgo al estado de bienestar provocado por momentos percibidos como complejos que sobrepasan los recursos individuales. Además, la situación estresante es definida como el resultado de la percepción que el sujeto tiene de su medio ambiente. Por lo tanto, el estrés puede ser visto como un mecanismo de alerta



frente a situaciones que se evalúan como problemáticas, excediendo la capacidad de afrontarlos adecuadamente.

### **1.1.3. Apoyo social**

El modelo de amortiguación, sugiere que el apoyo social sirve como una fuente de protección (amortiguador) contra los efectos nocivos del estrés. De acuerdo a este, el apoyo social permite a las personas valorar al estresor como menos amenazante y afrontarlo mejor. Como resultado, los individuos bajo estrés que perciben poco apoyo social experimentarán efectos negativos en su salud, mientras que tales efectos se verán reducidos o estarán ausentes en individuos con altos niveles de apoyo social. (Almagiá, 2014, p.238).

Igualmente, Broadhead et al. (1983), citado por Oblitas (2010) indican que, los roles que juega el apoyosocial como amortiguador del impacto del estrés y como variable asociada con la salud, particularmente en relación con algunas enfermedades tales como los trastornos cardiovasculares, son cuestiones ampliamente estudiadas desde hace varios años atrás.

Por otro lado, Barra, Cerna, Kramm y Veliz (2006) citado por Chavarría, M. P., y Barra, E. (2014, p.43) Barra, Cerna, Kramm y Veliz (2006).encontraron en estudios con adolescentes que el apoyo social percibido no se relacionaba significativamente con variables asociadas al bienestar individual, como problemas de salud, estrés percibido y ánimo depresivo.

El apoyo social protege de consecuencias negativas provocadas por el estrés, permitiendo percibir al estresor como menos peligroso. El apoyo social ayuda a amortiguar las consecuencias del estrés, especialmente asociadas a determinadas enfermedades cardiovasculares, aunque también se han encontrado en investigaciones con adolescentes que dicho apoyo social no tenía una relación significativa con el estrés cuando se valoraban variables como el bienestar, estados depresivos y otros. Así pues, el sentirse apoyado por otras personas ante una adversidad constituye un factor protector muy importante para afrontar adversidades.

### **1.1.4. Inflexibilidad psicológica**

Hernández-Ardieta(2014) indican:

El trastorno de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas (ya sean pensamientos, recuerdos, sensaciones...) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una

importante limitación en la vida personal. Al tratarse de una clase funcional u operante, ésta puede mostrarse con distintas topografías o formas conductuales diferentes (p.100).

Además, “Las experiencias o emociones problemáticas pueden limitar e incluso impedir nuestras actividades cotidianas, aglutinándose en nuestros pensamientos” (Padilla y Jiménez, 2014, pp.54-55).

Cuando las experiencias pasadas no son adecuadamente asimiladas, podrían generar impedimentos al desarrollo de experiencias futuras relacionadas con ellas. Se encontró Wilson y Luciano (2002) citado por Ostos Rosas (2013, p.29) que, ante la presencia de eventos privados que generan sufrimiento, las personas realizarán conductas que les permitan escapar de ellos o evitarlos; en otras palabras, no tienen la disposición para hacer contacto con dichos eventos y realizar acciones dirigidas a las metas y valores, lo cual también se denomina inflexibilidad psicológica.

La inflexibilidad psicológica condiciona el contactarse con situaciones aversivas vividas en el pasado, ocasionando en muchos casos limitaciones en el actuar cotidiano e incluso se podría impedir actuaciones futuras relacionadas con dicha experiencias adversas. Por lo tanto, la inflexibilidad psicológica constituye un obstáculo para un adecuado desenvolvimiento en las actividades diarias y las experiencias negativas que se experimentan durante la vida pueden ser fuente de malestar que podrían generar disposiciones tendientes a rechazarlas.

### **1.1.5 Compromiso Vital**

Siendo una variable reguladora de los efectos que nos produce el estrés, el compromiso vital permite en las personas desplegar ánimo de participación en las actividades cotidianas del día a día dentro de la sociedad, además ayuda a desarrollar habilidades para tomar decisiones y mantener sus valores, y estas personas mitigan la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante, se interesan por el resto y se sienten parte activa dentro de la sociedad. (Vinaccia et al., 2014).

Por consiguiente, Nanjarí(2013) manifiesta: “El compromiso vital se refiere a la implicación en las actividades desarrolladas en la vida. Es el compromiso y nivel de involucramiento en lo que se hace que genera una mitigación de los efectos del estrés”. (p.268).

Se encontró Rowe y Kahn (1997), citado por González, Fernández-Fernández, Romero-Moreno y Losada (2013) que el envejecimiento con éxito se ha asociado con una baja

probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida.

El compromiso vital genera efectos positivos en los diferentes compromisos adquiridos a corto y largo plazo. Provee entusiasmo en nuestras actividades cotidianas así como, la satisfacción del deber cumplido en las últimas etapas de desarrollo. Además, es un buen protector para posibles situaciones estresantes. Se puede concluir que el compromiso vital genera entusiasmo para participar en las actividades cotidianas, mitigando las consecuencias del estrés y proveyendo de satisfacción en la etapa de vejez.

### **1.1.6. Resiliencia**

Para Bulnes, M., et al. (2014), “la resiliencia hace referencia a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive, ser transformados por ellas” (p.70).

Igualmente, Cyrulnik (2013) manifiesta:

Hablar de resiliencia refiriéndose a un individuo constituye un error fundamental. No se es más o menos resiliente, como si se poseyera un repertorio de cualidades: la inteligencia innata, la resistencia al dolor o a la molécula del humor. La resiliencia es un proceso, un devenir del niño que, a fuerza de actos y de palabras, inscribe su desarrollo en un medio y escribe su historia en una cultura. De modo que más que el niño lo que es resiliente es su evolución y su historización (p.78).

Así pues, “para muchos la forma de aproximación a la resiliencia se puede lograr a través de la presencia de características que la favorecen tales como: destrezas para adaptarse a situaciones hostiles o a través de la ausencia de trastornos mentales”. (Morelato, 2011, p. 87).

Por consiguiente, Restrepo, AlpiyQuiceno (2011) afirman:

Que los factores protectores implicados en los procesos de la resiliencia han sido tanto los factores individuales como ambientales. A nivel individual se consideraron entre otros los siguientes: habilidades de solución de problemas y de estrategias de afrontamiento, auto eficacia, lugar de control, autonomía e independencia, empatía, significado y propósito por la vida y el futuro, y sentido del humor. Respecto con los factores ambientales se consideraron los siguientes tres niveles: familia, escuela y comunidad. La familia fue relacionada con factores que incluían las relaciones

intrafamiliares de confianza y cercanía, altas expectativas, apoyo social entre miembros de la familia, competencia, padres pacientes y amorosos, crianza eficaz, ventajas socioeconómica, estilos de comunicación saludables, y respeto por la autonomía y la individualidad (p.43).

La resiliencia entendida como la capacidad de afrontar y salir victorioso de problemas es un proceso que inicia en la niñez y que a partir de allí evoluciona requiriéndose de un alto grado de esfuerzo para desarrollarla. El acercamiento a la comprensión de la resiliencia se puede lograr mediante aspectos favorables como la capacidad de adaptación a escenarios hostiles, y está determinada por factores personales y ambientales, aunque la decisión de afrontar y solucionar un problema es en última instancia personal. Por lo tanto, la resiliencia es una variable de importancia en el individuo que lo provee la posibilidad de afrontar situaciones adversas en la vida y poder ayudar a obtener una buena salud mental.

#### **1.1.7. Ansiedad y depresión**

Para Sue, Sue, y Sue (2011). “Los trastornos de ansiedad son responsables de una gran cantidad de angustia y disfunción que en general se acompañan de trastornos comórbidos como depresión, consumo de sustancias u otros trastornos de ansiedad” (p.118).

Así pues, Goncalves, González, y Vázquez (2008) manifiestan. “Una de cada cinco personas sufre algún episodio de depresión a lo largo de su vida” (p.17).

Por lo tanto, Candel, Olmedilla y Blas (2008) manifiestan:

En general, se puede considerar que tanto la ansiedad como la depresión son los factores que más contribuyen a la percepción negativa de la calidad de vida, y que la imagen de sí mismo y la autoestima son aspectos fundamentales de la percepción de bienestar psicológico de las personas (pp.62-63).

Los problemas de ansiedad y depresión se pueden presentar como episodios a lo largo de la vida, produciendo diversos tipos de disfunciones, mermando la posibilidad de una buena calidad de vida. Se puede concluir que estados de ansiedad y depresión son bastante comunes en las diferentes etapas del desarrollo humano, pudiendo llevar a estados de insatisfacción personal y disminuyendo la percepción del bienestar psicológico.

#### **1.1.8. Satisfacción vital**

Bocanegra, et al. (2015) afirman. “La satisfacción, definida como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo y está relacionada

estrechamente con otras variables como autoestima, depresión, locus de control, etc.” (p. 43).

Además, San Martín y Barra (2013) realizaron un estudio sobre la forma en que se correlacionan la autoestima y apoyo social con la satisfacción vital en la ciudad de Concepción-Chile, con una muestra de 512 adolescentes. En los resultados obtenidos se observó que existe una relación directa entre los dos primeros factores con el tercero, teniendo el apoyo social una correlación más significativa. Los resultados de esta investigación fueron coherentes con trabajos similares realizados por otros autores en otros países.

Por otro lado, Reigal, R., Videra, A., y Gil, J. (2014), analizaron como variables que se relacionen con la satisfacción vital, a la práctica física y autoeficacia general con una muestra de adolescentes en la ciudad de Málaga-España. Los resultados mostraron una relación positiva-directa entre las prácticas físicas como el deporte con la satisfacción vital en relación con el grupo de adolescentes no activos. También se observó en la investigación que las prácticas físicas más frecuentes elevan el nivel de autoeficacia general en relación con los que las practican con menor frecuencia.

La satisfacción vital según lo citado por los autores, se relaciona con variables personales como autoestima, y sociales como apoyo social. También se menciona que la actividad física es un buen elemento predictor de satisfacción con la vida. Se puede concluir que la satisfacción vital es el resultado de una buena percepción de sí mismo y de saber aprovechar adecuadamente las diferentes interacciones sociales que podamos tener.

## **1.2. Consumo de drogas**

En este apartado se presentará un recorrido sobre los diferentes puntos de vista acerca del consumo de drogas.

### **1.2.1 Consumo problemático de drogas**

Para Sue, et al. (2011), el uso de las sustancias psicoactivas se degeneró cuando, por intervención humana, se potencializaron de manera irresponsable sus efectos para obtener resultados de índole económico o para satisfacer conductas puramente hedonistas. El DSM-IV-TR divide a las sustancias psicoactivas en tres categorías:

- Depresivos, tales como, alcohol, narcóticos, barbitúricos, benzodiazepinas, etc.,
- Estimulantes, como las anfetaminas, cafeína, nicotina, cocaína, crack, etc., y

- Alucinógenos, como la marihuana, LSD, PCP, etc.

Para Oblitas (2010) “el consumo abusivo de drogas, tanto legales como ilegales, supone un importante problema de salud que afecta de manera especial a los adolescentes” (p.378)

Además

Es evidente que la manera de enfrentar el consumo de drogas se mantiene como un problema vigente. Ningún país del globo es ajeno a esta problemática, afirmación que cobra relevancia en el contexto de globalización en el que se encuentra embarcada la humanidad entera (Campos, G. P., 2013, p.61).

También, en un estudio realizado a un grupo de adolescentes mexicanos, se encontró (Subsecretaría de Servicios Educativos para Distrito Federal y el Instituto General de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2003, citado por Oblitas, 2010, p.379), que el consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables y heroína), son las más consumidas por los varones, mientras que los psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes), son consumidas por las mujeres en mayor medida.

Así mismo, en otro estudio realizado por Córdova y García (2013) a un grupo de adolescentes mexicanos se encontró que el consumo problemático de drogas se vincula al proceso normal de crecimiento en esta etapa. Además, este consumo se asocia a factores relacionados con un débil apoyo familiar, depresión, consumo de drogas en la familia, entre otros. Mientras que, un adecuado ambiente, comunicación y expresión de afectos en la familia provee factores de prevención en el consumo de drogas en los adolescentes.

Las sustancias psicoactivas se volvieron dañinas cuando el ser humano potencializó irresponsablemente sus efectos impulsando por beneficios económicos o por la búsqueda de placer, convirtiéndose en la actualidad en un problema de salud a nivel mundial cuyos afectados principales son los adolescentes. Existen determinadas drogas consumidas en especial por mujeres como los psicofármacos, y drogas consumidas en especial por hombres tales como marihuana, cocaína, entre otras. El consumo de drogas está asociado a la poca percepción de apoyo familia, estados de depresión, entre otros. Por lo tanto la problemática actual del consumo de drogas alcanza niveles muy altos en especial en etapas como la adolescencia, y más aún si el apoyo social es deficiente.

### **1.2.2. Consumo problemático de alcohol**

López, et al. (2014) manifiestan:

El consumo intensivo de alcohol o bingedrinking(BD) constituye la forma de consumo problemático más común durante la adolescencia y juventud. Al mismo tiempo, es éste un período marcado por profundos cambios, tanto en la estructura como en el funcionamiento cerebral, que pueden verse afectados por el consumo intensivo de alcohol (p.334).

Al mismo tiempo:

El fenómeno del consumo de alcohol en los adolescentes de hoy, plantea una dinámica compleja de doble vía y de mutua influencia como resultado de la interacción de factores psicosociales derivados de la violencia, pobreza, problemas familiares que no pueden resolver, algunos de tipo afectivo, presión de amigos; en general, la sociedad con toda la publicidad y ofertas tentadoras inducen al consumo. (Gil, González y Perdomo, 2015, p.28).

Por otro lado, el consumo intensivo de alcohol tanto en la niñez como en la adolescencia genera problemas que gradualmente se desarrollarán a lo largo de la vida del menor, el mismo que provocaría consecuencias gravísimas como: vandalismo, creación de pandillas, accidentes de tránsito, etc. Además, fisiológicamente afectaría de manera directa al sistema nervioso central, provocando dependencia y abuso en la adultez. Los factores que permiten que el adolescente tienda al consumo intensivo de alcohol tienen relación con las características de la personalidad, consumo de alcohol parental y del grupo de pares, curiosidad hacia el alcohol, entre otros. Sin embargo, existen factores de protección que ayudan a prevenir el consumo de alcohol como son: el apoyo social parental, estilos de crianza, comunicación y tiempo que los padres dediquen a sus hijos, entre otros. (Pilatti y Godoy, 2013).

El consumo problemático de alcohol es muy común en la adolescencia, propiciado comúnmente por la sociedad de consumo, a través de sendas publicidades a nivel de los diferentes medios de comunicación dando como consecuencia graves problemas de tipo social como actitudes agresivas, hurtos, robos, entre otros. Es el resultado muchas veces de la mala interacción entre los adolescentes y sus tutores principales debido a una deficiente comunicación y afecto por parte de ellos, negándoles de un importante factor de protección.

### **1.2.3. Causas del consumo de drogas**

De su parte, parafraseando a Larrosa y Palomo (2012) indican que las causas o factores de riesgo que provocan en los adolescentes deseos de consumir algún tipo de droga son: a nivel familiar, la falta de comunicación, afecto y actitudes favorables de los miembros de la

familia; en la comunidad, falta de apego al vecindario y buenas relaciones entre ellos; a nivel escolar, bajo rendimiento, fracaso y falta de compromiso escolar; a nivel individual, la rebeldía, la búsqueda de sensaciones, la baja percepción del riesgo por consumir este tipo de sustancias, etc.

Por otro lado, Carranza y Pedrão (2005) manifiestan:

Las motivaciones por las que los adolescentes se inician en el consumo de las drogas tiene su origen básicamente en la curiosidad, también existen otros factores como la aceptación social por los amigos, baja autoestima, problemas con los padres, desafío a la autoridad o la respuesta a los mensajes publicitarios. Por lo tanto muchos de los adolescentes que iniciaron el consumo por curiosidad desarrollaron problemas serios con las drogas, debido al afán natural de los mismos por experimentar cosas nuevas o sentir curiosidad. Los adolescentes buscan emoción y riesgo en el intento de expandir y consolidar su personalidad. Quiere ser él mismo quien elija cual riesgo asumirá. Por otra parte el solo hecho de consumir algo prohibido entraña un desafío personal, que para colmo, a veces es compartido por otros amigos o ídolos especialmente valorados por el adolescente (p.843).

Igualmente, Pérez y Alfonso (2014) manifiestan que la curiosidad, el aburrimiento, la búsqueda de afecto, timidez, desafío a sus autoridades, etc., son algunas de estas causas, sin embargo la búsqueda de placer se cataloga como la causa más importante por la cual los adolescentes se inclinan al consumo de algún tipo de droga.

Los autores citados concuerdan que las causas principales del consumo de drogas son de origen intrapersonal, tal como la búsqueda de satisfacción, y de origen interpersonal como son las malas relaciones y falta de comunicación que pueda tener el adolescente dentro del hogar y sus miembros más cercanos dentro de la comunidad en general.

#### **1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas**

Se encontró La OMS (2008) citado por Rodríguez, et al. (2013, p.147) que: las consecuencias de este fenómeno se manifiestan con una amplia gama de problemas de salud, psicológicos, familiares, sociales y económicos. Este problema tiene mayor impacto en la población adolescente, siendo el grupo más vulnerable, y en donde el inicio del problema se presenta cada vez en edades más tempranas.

Por otra parte, Pérez y Alfonso (2014) refieren:



Las drogas de abuso alteran el funcionamiento cerebral, modificando la producción, la liberación o la degradación de neurotransmisores y neuropéptidos cerebrales, lo que provoca un desequilibrio en el funcionamiento normal de las estructuras neuronales, que se traduce en alteraciones del comportamiento, y que hace que los consumidores se encuentren en riesgo de desarrollar cuadros muy graves.

Entre las sustancias de carácter ilegal con efectos relevantes sobre la conciencia y la personalidad se encuentran: la Dietilamina del Ácido Lisérgico, responsable de muchas muertes por precipitación al vacío, en jóvenes que bajo sus efectos percibían que la calle estaba cerca de su balcón. Otra de las sustancias es el llamado "Polvo de Ángel", con cuyo uso puede reproducirse el cuadro clínico de la esquizofrenia. También se encuentra la Mescalina o Peyote, ancestralmente utilizada en rituales indígenas en muchos países; la Psilocibina (hongos alucinógenos también utilizados con dicho propósito); la Metoximetilendioxianfetamina, droga llamada "Éxtasis", incluida entre los derivados sintéticos anfetamínicos y de una alta potencialidad nociva por desencadenar conductas destructivas y agresivas de alta peligrosidad (pp.49-50).

Así mismo, la relación negativa existente entre la marihuana en el aprendizaje y el rendimiento escolar, y que tanto los efectos "agradables" o "desagradables", como el riesgo de adicción y daño dependen de la susceptibilidad individual. Otros daños reportados son los que afectan funciones propias de la corteza pre frontal, como la capacidad de planificación, de trabajo con propósito y control e inhibición de respuestas. (Mena et al., 2013).

Las consecuencias que acarreará el uso y abuso de sustancias psicoactivas en los adolescentes es muy variada, y dependientes del tipo de sustancias utilizadas. Los problemas se pueden presentar en el mismo individuo a nivel biológico y psicológico, y también afectar al medio ambiente inmediato del adolescente como son sus familiares y amigos. La gravedad de las consecuencias del abuso de sustancias puede ir desde el abandono de las metas escolares o profesionales o de otra índole por parte del adolescente, hasta incluso el suicidio. No se puede prever con exactitud la gravedad que conlleva este flagelo, pero si se puede esperar que la persona que ha sido víctima de éste, muy difícilmente será la misma.

### **1.3. Adolescentes**

Se encontró Coleman (1994) citado por Córdova, (2015, p.86), que: El término adolescencia proviene de "adoleceré", palabra latina que significa crecimiento. El crecimiento es una

condición de todo ser humano y se vuelve más complejo porque aparecen nuevas funciones en el organismo, de manera que éste entra en su mayor actividad en esta etapa. Pero los cambios no son únicamente fisiológicos sino también mentales y afectivos debido a la profunda unión que existe entre lo psíquico y lo somático.

Existen diferentes formas de presentar las etapas del desarrollo humano dependiendo del énfasis que el autor quiera dar en la misma.

Las etapas propuestas a continuación están dadas por García (2010)

**Fase Prenatal:** Periodos. a).- Preembrionario.(1-2 sem.)

b).- Embrionario (3-8 sem.)

c).- Fetal. (9-38 sem.)

**Fase Posnatal.** a).-Neonato. Nac. – 1 sem.

b).-Recién Nacido. 1 sem. – 1 mes.

c).-Infancia: 1 mes - 2 años. Lactante menor 1 mes - 1 año. Lactante mayor 1 año - 2 años.

d).-Niñez: 6 - 12 años. Preescolar 2 - 6 años. Escolar 6 - 12 años.

e).-Pubertad M 12 H 13 12-13 años.

f).-Adolescencia 13-21 años.

g).-Juventud 21-30 años.

h).-Adulthood 30-45 años.

i).-Madurez (1er envej.) \*\* 45-60 años.

j).- Senectud 60-72 años.

k).-Vejez (Ancianidad) 72-90 años.

l).- Gran Vejez (Ancianidad) Mas de 90 años. (pp.5-9).

Al respecto, se encontró Conger y Peterson (1984), citado por Borja y Bosques (2012, p.264), señalan que la adolescencia comienza como biología y termina como cultura, por lo que conciben este periodo como un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se relacionan estrechamente entre sí y que permiten a los individuos alcanzar su identidad personal y su integración a la sociedad.

Además, Macías, Castells y Silber (2000), citado por Borja y Bosques, (2012, p.264), consideran que para conocer mejor el orden cronológico de los sucesos de la adolescencia es conveniente hacer una división en tres etapas: 1) adolescencia incipiente o temprana (aproximadamente de los 10 a los 13 años), que se caracteriza por el inicio de la pubertad, entendiendo esta como un evento biológico generado por cambios hormonales y el

crecimiento corporal que de ellos resulta; 2) adolescencia media (aproximadamente de los 14 a los 16 años), que está marcada por el periodo de crisis resultantes de la búsqueda de la libertad y la independencia familiar; el desarrollo cognitivo se refleja en la consecución de un avance en la capacidad intelectual, mientras que la maduración afectiva se expresa en ciertas actitudes que manifiestan un fuerte sentimiento de autoafirmación de la personalidad, como obstinación, terquedad o afán de contradicción, entre otras, y 3) adolescencia tardía (aproximadamente de los 17 a los 19 años), que es considerada como la resolución de la adolescencia, la cual culmina con la juventud; en general, esta etapa se caracteriza por un periodo de calma y de recuperación del equilibrio.

La palabra adolescencia tiene sus raíces en la palabra latina “adoleceré” cuya traducción es crecimiento. El crecimiento o desarrollo es natural en el ser humano a partir de la concepción, sin embargo, este proceso es más complicado en esta etapa, ya que los cambios que se producen son de origen fisiológicos y psicológicos. Otros autores mencionan que los cambios ocurridos dentro de la adolescencia también tienen que ver con lo social, dando origen a la formación de la personalidad y posterior integración del individuo en la sociedad. Las diferentes etapas que ocurren dentro de la adolescencia son mencionadas como: adolescencia temprana que va de los 10 a los 12 años, adolescencia media de los 14 a 16 años y tardía de los 17 a los 19 años. Por lo tanto, dentro del desarrollo humano la adolescencia representa una etapa bastante crítica debido a los diferentes cambios biopsicosociales que ocurren en ella, los mismos que inician con la pubertad y culminan con el inicio de la juventud.

### **1.3.1. Desarrollo biológico**

Los adolescentes son un grupo emergente, que tendrán interacciones sociales importantes mediadas por sus cambios, que experimentarán en los años de pubertad, por medio de un rápido crecimiento debido a mecanismos hormonales que van a permitir ese paso de la niñez a la adultez, y de la misma manera de una etapa no reproductiva a una reproductiva. Los cambios hormonales hacen posible el aumento de peso, talla, masa muscular y ósea, e incluyen la adquisición de los caracteres sexuales externos o secundarios propios de cada sexo, el tiempo en el que suceden varía entre individuos y etnias. (Mafla, 2008, p.43).

También Kail (2011) menciona:

El inicio de la adolescencia está dado a nivel físico con la pubertad. Dos son los cambios principales a nivel físico en esta etapa: los cambios corporales, tales como: incremento en talla y peso, así como la maduración sexual con características

sexuales primarias referentes a los órganos que de manera directa participan en la reproducción y características sexuales secundarias como el vello facial en el hombre y el aumento de senos en la mujer (p.294).

Incluso, Barrio, Roldán y Martín-Frías (2015) sostienen que el proceso de la pubertad está determinado genéticamente. Los cambios físicos de la adolescencia requieren de la idoneidad del sistema hipotálamo-hipófisis-gonadal, el mismo que inicia sus actividades en la vida fetal y continuando durante los primeros meses post natales. Este sistema alcanza su máxima maduración en la pubertad con el desarrollo de características sexuales adultas y la capacidad reproductiva. El proceso a nivel hormonal inicia con la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas por parte de la hipófisis la cual estimula la secreción de las hormonas luteinizante y folículo estimulante las que también cumplen con la función gonadal. El inicio de este proceso está determinado genéticamente y con ciertas variaciones dependientes de influencias étnicas, nutricionales y ambientales, alrededor de los 10 años en niñas y 12 años en varones. Los signos físicos de la pubertad están representados por el desarrollo mamario en la niña y el aumento del tamaño testicular en el varón.

La adolescencia se caracteriza por cambios físicos determinados genéticamente dentro de estos cambios, los más importantes son los referentes a las características sexuales tanto primarias como secundarias. Este proceso está mediado a su vez, por sistemas hormonales muy específicos que determinarán la maduración y posterior diferenciación a nivel de género. La mayoría de estos cambios físicos se presentan en la primera etapa de la adolescencia, la pubertad. Por lo tanto, a nivel genético viene determinado los diferentes procesos biológicos que darán paso a los cambios físicos ocurridos en la adolescencia.

### **1.3.2. Desarrollo psicológico**

Kail y Cavanaugh(2011) establecen que el inicio de la adolescencia genera reacciones psicológicas en cuanto a la imagen personal tanto en el hombre como en la mujer. Las niñas se preocupan más por su apariencia física cuando la comparan con sus compañeras. En cambio los varones se preocupan por tener una apariencia física idealizada, esperando tener un cuerpo fuerte y musculoso. Otros procesos psicológicos que suceden durante la adolescencia son los cambios en el estado de ánimo, caracterizados por inestabilidad, variando desde la alegría hasta la tristeza, irritación y disgusto en el transcurso del día, considerando que los cambios hormonales serían los factores desencadenantes.

De la misma manera, en el periodo de adolescencia existiría la formación de la identidad personal del individuo. Esta identidad abarcaría los siguientes aspectos: psicosexual relacionado con el amor de pareja; ideológica relacionados con valores; psicosocial

relacionados con la inserción en movimientos sociales; profesional relacionado con invertir energía y capacidades en un trabajo; cultural y religiosa, incorporándose a una determinada experiencia cultural y religiosa. (Bordignon, 2012)

Por otro lado, Conger (1994) citado por Córdova (2015), refiere que durante la adolescencia ocurre un incremento de la capacidad y el modo de pensar que amplía la conciencia, la imaginación, el juicio y el discernimiento. Por lo que, esto conlleva a una rápida acumulación de conocimiento que enriquece la vida de los adolescentes.

También, en la etapa de la adolescencia se generan varios cambios de tipo psicológicos de entre los cuales Álvarez y Noda(2013) destacan: “atracción por el otro sexo, cambios en la personalidad, apatía, nuevos intereses, sentimientos amorosos, erotismo, mayor valor a las relaciones con pares iguales y rechazo por los juegos infantiles” (p.19).

Por consiguiente, Coleman (1994) citado por Córdova, (2015, p.88), indica que los adolescentes deben enfrentar dos objetivos principalmente: 1) Lograr un grado de autonomía e independencia de los padres y 2) Formar una identidad.

Los cambios psicológicos que se experimentan en la adolescencia son muy variados, en especial a nivel afectivo y cognitivo. La búsqueda de una identidad particular es muy característica en esta etapa, la cual servirá para las diferentes relaciones que luego se generen, en especial relaciones amorosas. A nivel cognitivo se evidencia un desarrollo marcado por la evolución de las diferentes funciones superiores. En la adolescencia se debe enfrentar dos metas especialmente: alcanzar la independencia de los tutores principales, y estructurar una identidad individual. Por consiguiente, los cambios psicológicos producidos durante la adolescencia marcan el inicio de una individualidad, así como, de una relación interpersonal mucho más variada y profunda.

### **1.3.3. Desarrollo social**

Córdova (2015) indica que la familia representa la principal forma de socializar al adolescente. Ella tratará de enseñarle la mejor forma de adaptación a la sociedad, sin embargo nada garantiza que el adolescente acoja esta ayuda de manera satisfactoria. Es muy importante también la relación que tenga el adolescente con sus pares, ya que al desarrollar relaciones más íntimas entre sí, se convertirán en principales fuentes de apoyo social, que muchas veces incluso sobrepasan la relación que puedan tener con sus padres. De allí la importancia de que exista una coherencia y sinergismo entre el grupo familiar y de pares del adolescente para que propicien su adecuado desarrollo. Caso contrario, por la

misma vulnerabilidad que representa esta etapa, podrán los adolescentes fácilmente ser dirigidos hacia senderos delincuenciales, abuso de drogas, promiscuidad sexual, entre otros.

De su parte, Pérez (2011) indica:

El medio familiar, consiguientemente, juega un importante papel en el desarrollo de sus hijos en cuanto que influye en la consecución de su autonomía individual y de sus metas sociales. El grado de afecto y control utilizado en la crianza de los hijos estimula en un sentido u otro la iniciativa propia, de tal manera que el ajuste del adolescente será muy distinto en el caso de que los padres tengan o no en cuenta las opiniones de sus hijos (p.252).

Así pues, Orcasita y Uribe (2012) manifiestan que uno de los problemas principales que enfrenta el adolescente es el de alcanzar una adecuada integración dentro del grupo social al que pertenece, y es natural que en esta etapa el individuo se vuelva crítico de las reglas que imperan en su ambiente social inmediato, así como el que trate de desarrollar su propio criterio y reglas de vida. En este momento juega un papel fundamental el apoyo social que pueda recibir en la forma de su familia, sus amigos, el ámbito escolar, etc. El hecho de seleccionar el adecuado yo que se presenta en la adolescencia, le genera cierta vulnerabilidad a aceptar roles negativos en el caso por ejemplo de afiliarse a determinados grupos como pandillas y grupos delincuenciales. Los medios de comunicación representan una forma de influencia social muy importante en el adolescente, ya sea para ayudarles a resolver de manera idónea sus problemas o por el contrario, crearles más problemas de los que ya posee o incluso brindarles soluciones equivocadas. El estado debería destinar diversos recursos que den el soporte adecuado para el desarrollo saludable de los adolescentes.

La formación de una identidad específica del adolescente está mediada en gran medida por las figuras principales en la familia. Los tutores, que por lo general son los padres, darán las guías adecuadas al adolescente en el aprendizaje adecuado para su mejor inmersión social. De gran importancia también es el tipo de relación con los pares que tenga el adolescente, los mismos que podrían constituirse en fuentes de apoyo social, o en su defecto, en fuente de riesgo para su adecuado desarrollo. De esta manera, la figura familiar principal y de pares, proporcionan a los adolescentes la fuente de apoyo social necesaria para su evolución y sumersión social adecuada.

## **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 de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.

### **2.2.2. Específicos**

Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental en estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.

Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias en estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.

Elaborar informes de resultados en estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.

## **2.2. Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son las variables asociadas a la buena salud mental en estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09?

¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias en estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.?

¿Cuántos estudiantes se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias en estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09?

¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género en estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09?



### **2.3. Diseño de Investigación**

En el presente trabajo de fin de titulación se utilizó el tipo de investigación no experimental debido a que no hubo manipulación de las variables analizadas. Dentro de la investigación no experimental se utilizó la transversal, ya que se analizaron las variables en un único momento, es decir en un solo punto en el tiempo. Así también, se utilizó el tipo de investigación descriptiva porque se pretende identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias, además determinar las circunstancias preponderantes a través de la descripción exacta del problema investigado.

### **2.4. Contexto**

La investigación se realizó en la región costa del Ecuador, específicamente en la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09, que cuenta con un aproximado de 300.000 habitantes. Esta Zona es famosa por su desarrollo en varias áreas de importancia nacional, una de ellas es la turística, a través del hermoso paisaje costero brindado por la ruta del sol, así como el desarrollo de las varias industrias de productos de primera necesidad.

Los estudiantes que participaron en la investigación pertenecen a primero y segundo de bachillerato de entre las edades 14 a 17 años, de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09, cuya misión es educar evangelizando y evangelizar educando a la niñez, adolescencia y juventud siguiendo un proyecto de formación integral del ser humano, orientado a Cristo, hombre perfecto. Fieles a la idea de Don Bosco, el objetivo es formar buenos cristianos y honrados ciudadanos. En cuanto a la visión educativa y pastoral que propone la Unidad Educativa pretende desarrollar procesos de formación integral en los niños, adolescentes y jóvenes, vinculando a todos los actores de la comunidad Educativo-Pastoral, para re-actualizar la misión de Don Bosco en el contexto actual, y el modelo pedagógico utilizado es el humanista. Los padres cancelan la cantidad de 100 dólares por estudiante en calidad de pensión mensual.

En el trabajo de campo, en donde se hizo la exposición de las diferentes baterías a estudiantes de paralelos seleccionados, se pudo observar en forma general, que eran adolescentes de buenos valores, expresión elocuente tanto en las preguntas que referían al investigador como las respuestas que daban a los cuestionamientos de este.

La mayoría de los padres de la población estudiantil seleccionada aceptaron que sus hijos participaran en la investigación. Esto demuestra el interés de ellos para apoyar iniciativas en pos del cuidado a sus hijos.

## **2.5. Población**

La población estudiantil que corresponde a la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09, es de 2.200 estudiantes.

Para la obtención de la muestra se usó el muestreo casual-accidental, no experimental, de los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.

De esta manera la muestra objeto de investigación fue de:

- 34 estudiantes de 1ero E de Bachillerato y,
- 32 estudiantes de 2do B de Bachillerato.

Los criterios de inclusión utilizados para la obtención de la muestra fueron:

1. Estudiante deben pertenecer a instituciones educativas mixtos,
2. Tener una edad de entre 14 y 17 años,
3. Pertenecer a la sección diurna,
4. La Institución deber estar ubicada en la zona urbana.

## **2.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.6.1. Métodos:**

La investigación se desarrolló mediante los siguientes métodos:

2.6.1.1. El método descriptivo, que nos permitirá explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en 34 estudiantes de 1ero E de Bachillerato y, 32 estudiantes de 2do B de Bachillerato, de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 de bachillerato del Ecuador.

2.6.1.2. El método estadístico, permite organizar cuantitativamente los datos obtenidos mediante la aplicación de la batería de instrumentos psicológicos. Los resultados obtenidos en forma numérica, permite obtener resultados fiables del problema planteado.

2.6.1.3. El método transversal, permite analizar los resultados de las diversas variables analizadas en un punto y tiempo determinado.

## 2.6.2. Técnicas

La técnica utilizada en esta investigación es la encuesta mediante una batería de instrumentos psicológicos compuesta por los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de variables psicosociales (Andrade, Cuenca y León, 2015, pp.16-17). Consta de 20 preguntas, que permiten evaluar las siguientes variables: sexo, edad, ocupación, lugar de residencia, entre otros.
2. Preguntas relacionadas con el estrés. PerceivedStreesScale (PSS-14) (Cohen et al. 1983, citado por Andrade, et al., 2015, pp.18-19). Consta de 14 preguntas, que permite evaluar 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, incontrollabilidad y sobrecarga.
3. Un cuestionario de apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004, citado por Andrade, et al., 2015, pp.21-22). Consta de 20 preguntas que permite evaluar la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.
4. Type A BehaviorScale (personalidad tipo A) (Andrade, et al., 2015, pp.20-21). Consta de 10 preguntas, que permite evaluar la presión que el tiempo y el trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, la personalidad definida por un conjunto 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.
5. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and ActionQuestionnaire (AAQ-7) (Bond. et al., 2011, citado por Andrade, et al., 2015, pp.19-20). Consta de 7 preguntas, que permite evaluar evitación experiencial o, por el contrario flexibilidad psicológica, ambos son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.
6. Un cuestionario de Resiliencia. BriefResilienceScale (BRS) (Smith, et al., 2008, citado por Andrade, et al., 2015, p.23). Evalúa el grado resiliencia. Consta de 6 preguntas que permite evaluar la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés o situaciones adversas.
7. Un cuestionario de Consumo problemáticode alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al., 2008, citado por Andrade, et al., 2015,

pp.24-25).Consta de 10 pregunta que permute identificar 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.

8. Un cuestionario de consumo problemático de otras drogas. The alcohol, smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010, citado por Andrade, et al., 2015, pp.25-26).Consta de 11 preguntas que evalúa el consumo de sustancias en los últimos tres meses.
9. Un cuestionario de Depresión. PatientHealthQuestionnaire of Depression (PHQ-9) (Schneider, et al., 2010, citado por Andrade, et al., 2015, pp.26-27). Consta de 9 preguntas que evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) asociada con el deterioro social presentes en las últimas dos semanas.
10. Un cuestionario de Satisfacción Vital. SatisfactionLifeQuestion (LSQ) (Helliwell, et al., 2012, citado por Andrade, et al., 2015, p.23). Consta de 1 pregunta que responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos.

## **2.7. Procedimiento**

La investigación se inicia con el asesoramiento en la ciudad de Loja acerca del Programa Nacional de Investigación por parte de los ponentes en las siguientes áreas: Psicología Jurídica por parte del Dr. Patricio Zapata que se refirió acerca de la historia del consumo de drogas y los diferentes enfoques y modelos que se han realizado, así como tipos de prevención; Psiquiátrica-Psicoterapeuta por parte del Dr. Diego Mera con quien se analizó las diferentes variables psicosociales asociadas a la salud mental; Introducción al proyecto de Investigación por parte del PhD. Pablo Ruisoto; explicación del trabajo de Investigación y actividades específicas a realizarse por parte de la Mgs. Livia Andrade y Mgs. Nairobi Pineda; aplicación de las Normas APA para el desarrollo de la investigación por parte de la Lic. Mercy Ontaneda; búsquedas bibliográficas por parte del Lic. Byron Bustamante; y socialización de las baterías por parte del Lic. Geovanny Cuenca y Lic. Richard León.

Luego de esto se procedió a visitar diversos colegios fiscomisionales, fiscales y particulares de la Zona 4, para obtener de los rectores la autorización respectiva.

A continuación se seleccionó la Institución Educativa correspondiente a la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.

Una vez seleccionada la Institución respectiva, y otorgados los permisos correspondientes por parte del Rector, se procedió a elaborar el cronograma de actividades en los paralelos seleccionados. Se entregaron las solicitudes de consentimientos informados a los estudiantes para que firmen sus padres o representantes legales. Luego se receptaron en los dos días siguientes las solicitudes firmadas. Al día siguiente se hizo una tercera recepción de solicitudes de consentimientos informados firmadas por los padres de los estudiantes, e inmediatamente se procedió a la entrega de los asentimientos informados a los estudiantes para obtener las firmas correspondientes, y se continuó con la entrega y aplicación de las baterías. Una vez seleccionadas las muestras definitivas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para la investigación, se procedió a organizar el trabajo realizado para luego anillarlo.

Luego se procedió al asesoramiento en la elaboración de la matriz en la ciudad de Quito por parte de la Mgs. Livia Andrade y la Eco. Cristina Ontaneda. También se llenó la matriz con los datos obtenidos.

Además se realizó la primera parte del marco teórico que involucraba la revisión de citas bibliográficas de Salud Mental y factores asociados a ella.

Seguidamente se realizó la segunda parte del Marco Teórico que incluyó la revisión de citas bibliográficas correspondiente a las temáticas de: Consumo de Drogas y Adolescencia.

A continuación, se realizó el apartado metodología, seguidamente se presentó el apartado análisis de datos, así como también los apartados: discusión, conclusiones y recomendaciones.

Luego se realizó la elaboración de las hojas preliminares: resumen, introducción, agradecimiento y dedicatoria.

También, se imprimió y anilló el trabajo para su posterior revisión presencial por parte de la Tutora en el centro asociado UTPL respectivo para su respectiva corrección.

Se realizaron las correcciones indicadas por la tutora y se envió el trabajo para su revisión y corrección definitiva, y posterior aprobación.

## **2.8. Recursos**

### **2.8.1. Talento Humano**

Estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 y autoridades del plantel.

Tesista

Tutor

### 2.8.2. Materiales y Económicos

<b>MATERIALES</b>	<b>COSTOS</b>
Seminario en Loja: transporte, estadía y alimentación	100,00 usd
Trabajo de campo en la ciudad de Manta: transporte, estadía y alimentación	150,00 usd
Material impreso (baterías), entregado a estudiantes	40,00 usd
Refrigerio a los estudiantes (Hamburguesas vegetarianas)	80,00 usd
Hojas	5,00 usd
Impresiones y anillado	7,00 usd
<b>TOTAL</b>	<b>382,00 usd</b>

### 2.8.3. Institucionales

Facilitación por parte de la UTPPL de la carta de invitación a la participación en el proyecto: Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09.

Facilitación de permisos y aulas por parte del Rector, Inspector de área y profesores de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 para la realización de la investigación.

## **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS**

### 3.1. DATOS PSICOSOCIALES.

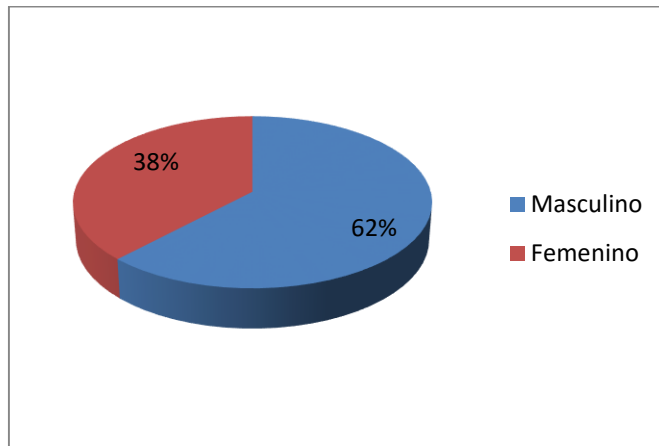


Figura 1. Sexo

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En la figura 1 se puede apreciar que el 62% de la población investigada pertenece al género masculino y el 38% pertenece al género femenino.

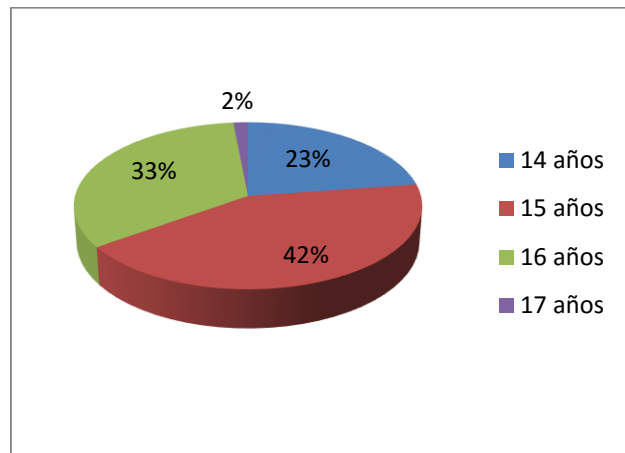


Figura 2. Edad

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En la figura 2, que representa a la edad, se puede observar que el grupo de mayor edad de la población investigada corresponde a 15 años con un 42%, seguida por el grupo de 16 años con un 33%, el grupo de 14 años con un 23% y por último el grupo de 17 años con un 2%.



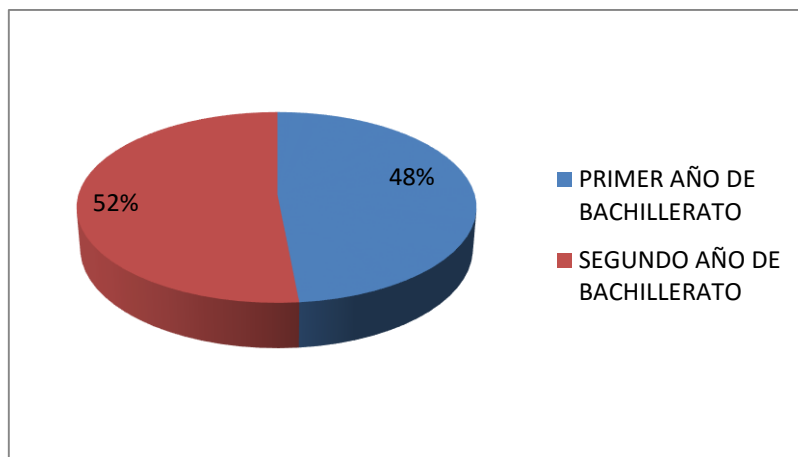


Figura 3. Año de Bachillerato

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la figura 3 se evidencia que del total de la población investigada, el 52% representa a estudiantes del segundo año de bachillerato y el 48% corresponde a estudiantes del primer año de bachillerato. El total de la muestra corresponde a 66 estudiantes.

### 3.2. Análisis de los resultados generales

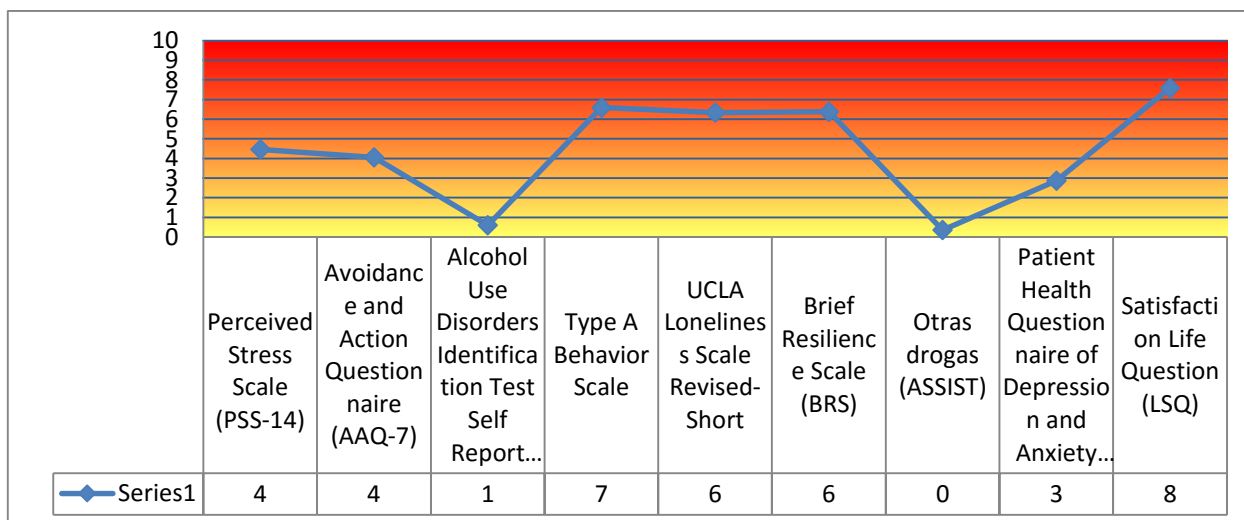


Figura 4. Figura de la batería con resultados estandarizados.

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En cuanto a la variable estrés, según se observa en la figura 4 los investigados obtienen una puntuación de 4, lo cual está bajo la media y la define como una variable protectora.

Tabla 1. Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	16	21	22	4	3
2	14	17	24	9	2
3	0	6	29	19	11
4	3	6	26	20	11
5	5	8	19	25	9
6	1	8	13	26	18
7	1	6	18	19	22
8	6	20	26	9	4
9	0	6	24	26	10
10	3	12	18	22	10
11	6	15	22	15	7
12	6	4	17	26	12
13	3	5	27	17	14
14	6	23	21	10	6
TOTAL	70	157	306	247	139

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 1, en relación a estrés se evidencia que en los ítems 6 y 9, con una frecuencia de 26 adolescentes investigados respondieron que en el último mes a menudo han estado seguros sobre la capacidad para manejar problemas personales, así como también a menudo han podido controlar las dificultades de su vida. Por otro lado en el ítem 1, con una frecuencia de 21 estudiantes indican que casi nunca ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente. Lo que corrobora el puntaje de 4 obtenido en la escala de estrés que muestra la figura 4, que la define como una variable de protección por estar bajo la media que es 5.

La batería AAQ-7 presenta un puntaje de 4, lo cual define a la variable inflexibilidad psicológica como protectora al encontrarse por debajo de la media que es 5.

Tabla 2. Frecuencia (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	23	19	4	12	4	2	2
2	16	19	6	10	5	5	4
3	19	13	10	10	6	5	3
4	33	11	2	8	3	4	4
5	17	19	7	7	7	4	5
6	20	15	4	11	2	9	5
7	14	23	5	13	4	5	2

TOTAL	142	119	38	71	31	34	25
-------	-----	-----	----	----	----	----	----

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Se puede observar en la tabla 2, en relación a la variable inflexibilidad psicológica tenemos que en el reactivo 4, con una frecuencia de 33 estudiantes investigados responden "nunca es verdad" en relación a que sus recuerdos dolorosos les impiden tener una vida plena. Por otro lado, en el ítem 1, con una frecuencia de 23 estudiantes investigados indican "nunca es verdad" en relación a que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen que les sea difícil vivir la vida que querrían. Lo cual confirma el puntaje de 4 de la variable inflexibilidad psicológica que la define como una variable de protección al estar por debajo de la media de 5.

En cuanto al test AUDIT que mide la variable consumo de alcohol, la puntuación es de 1, lo cual la define como una variable protectora, al estar muy por debajo de la media que es 5.

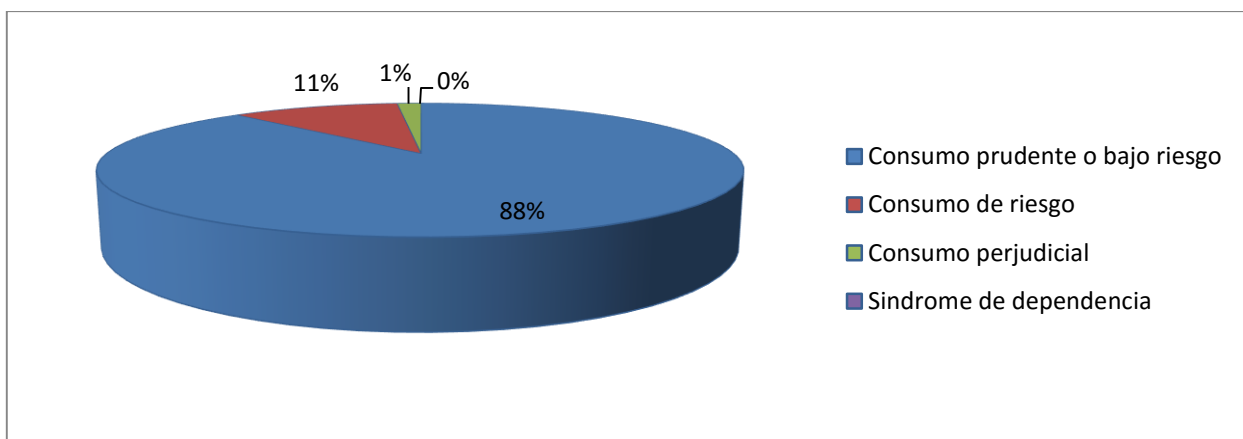


Figura 5. Figura de los test AUDIT.

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la figura 5 se observa que el 88% de los investigados se ubican en "consumo prudente o bajo riesgo", el 11% en "consumo de riesgo", 1% en "consumo perjudicial" y 0% en "síndrome de dependencia". Estos datos indican que, de la población investigada, el mayor porcentaje tiene un consumo de alcohol prudente o de bajo riesgo, a pesar que en la literatura López, E. et al., (2014) indica que el consumo intensivo de alcohol constituye la forma de consumo problemático más común durante la adolescencia y juventud. Sin embargo el segundo mayor porcentaje (11%) que se encuentra en un consumo de riesgo no debe ser desestimado. Así mismo, podemos decir que un porcentaje muy bajo equivalente al 1%

(consumo perjudicial), debería ser tomado en cuenta para evitar repercusiones graves a futuro.

En relación a la variable personalidad tipo A, se observa que tiene una puntuación de 7, superando la media de 5 y ubicándola como una variable de riesgo.

Tabla 3. Frecuencia (Type A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	26	26	10	2
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	17	29	15	5
3	16	36	10	4
4	6	25	18	17
5	18	26	14	8
6	16	27	15	8
Reactivo	Si		No	
7	52		14	
8	47		19	
9	48		18	
10	49		17	

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 3, en relación a la variable personalidad tipo A, se puede observar que en el reactivo 10, con una frecuencia de 49 estudiantes investigados respondieron “sí” acerca de la pregunta si se sienten molestos al esperar. Además, en el reactivo 3, con una frecuencia de 36 investigados indican de vez en cuando en relación a que son muy exigentes y competitivos. También, en el ítem 2, con una frecuencia de 29 estudiantes respondieron de vez en cuando acerca de que normalmente se sienten presionados por el tiempo. Finalmente en el reactivo 1, con una frecuencia de 26 investigados, manifiestan muy bien en relación de tener un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor), en la mayor parte de las cosas. Todos estos datos son coherentes con la puntuación de 7 de la variable personalidad tipo A ubicándola como una variable de riesgo por estar sobre la media que es 5, lo que se confirma con las más altas frecuencias que se reflejan con respuesta en los ítems que muestra la tabla 3. En base a la bibliografía podemos encontrar lo que manifiesta Newstrom, (2011) acerca de las personas tipo A e indica que son agresivas y competitivas, que establecen estándares altos, que son impacientes consigo mismas y los demás. Del mismo modo, Nitsche, M. P., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G., y Rigotti, A., (2014) manifiestan que la personalidad tipo A, se caracteriza por alta competitividad, hostilidad y sensación de

urgencia constante. Por lo tanto, se puede concluir que las características de la población de estudiantes investigada tienen concordancia con la bibliografía presentada.

El resultado del análisis de la variable apoyo social evaluada a través de sensación subjetiva de soledad, arrojó una puntuación de 6, que al estar por encima de la media la define como una variable de riesgo.

Tabla 4. Frecuencia UCLA

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	7	22	29	8
2	12	27	19	8
3	23	18	19	5
4	11	26	20	8
5	4	7	23	32
6	9	24	26	7
7	25	24	13	3
8	10	25	24	6
9	2	11	20	33
10	4	10	27	25
11	21	27	14	2
12	18	30	14	4
13	6	18	23	18
14	25	24	13	3
15	6	17	28	15
16	6	18	29	13
17	8	26	24	8
18	10	30	18	7
19	1	18	24	22
20	4	11	23	28
TOTAL	212	413	430	255

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

De acuerdo a la tabla 4 en relación a la variable apoyo social evaluada a través de sensación subjetiva de soledad, se mira que en el reactivo 8, con una frecuencia de 24 investigados manifestaron que a veces sus intereses e ideas no son compartidos con quienes les rodean. Así también podemos observar que en el ítem 6, con una frecuencia de 24 estudiantes indican que rara vez sienten que tienen mucho en común con la gente que les rodea. Además, en el ítem 1, con una frecuencia de 22 estudiantes investigados respondieron que rara vez sienten que la gente que les rodea les entiende. También en el reactivo 4, con una frecuencia de 20 investigados manifestaron que a veces se sienten solos/as. Por último en los ítems 2 y 3, con una frecuencia de 19 estudiantes investigados

respondieron que a veces sienten que les falta compañía y que no hay nadie a quien puedan pedir ayuda respectivamente. Todos estos datos son coherentes con la puntuación de 6 obtenido en la escala de UCLA que muestra la figura 4 que la define como una variable de riesgo por estar por encima de la media que es 5. De esta manera, se observa un alto porcentaje de la población de estudiantes investigada en relación a los reactivos analizados que se muestran en la tabla 4, lo cual no se encuentra en la literatura presentada. Sin embargo, podemos encontrar una similitud con la bibliografía investigada en lo referente a la soledad como consecuencia de la falta de apoyo social, en donde ésta no se relaciona significativamente con el estrés, depresión y la satisfacción individual, ya que en nuestra muestra se encontró que las tres últimas variables mencionadas no fueron de riesgo.

La batería que mide la variable resiliencia (BRS) muestra un puntaje de 6, lo que la identifica como una variable de protección al encontrarse por sobre la media establecida de 5 puntos.

Tabla 5. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Media	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	6	18	22	18
2	7	13	26	16	4
3	7	11	20	18	9
4	9	16	21	16	4
5	10	17	23	10	6
6	14	19	14	13	6
TOTAL	49	82	122	95	47

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 5 que analiza la variable resiliencia, se observa que en el ítem 1 con una frecuencia de 22 estudiantes investigados respondieron estar de acuerdo con tender a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles. Por otro lado, en el ítem 6 con una frecuencia de 19 estudiantes indican estar en desacuerdo con llevarles mucho tiempo en superar complicaciones su sus vidas. Así también, en el reactivo 3 con una frecuencia de 18 estudiantes investigados manifestaron estar de acuerdo con no llevarles mucho tiempo recuperarse de una situación estresante. En el reactivo 6, 19 estudiantes que corresponde a la mayoría, responden estar “en desacuerdo” en cuanto a que suele llevarles mucho tiempo superar las complicaciones de la vida. Lo que corrobora el puntaje de 6 de la variable resiliencia obtenida en la figura 4 que la define como una variable de protección al encontrarse por encima de la media que es 5. De esta manera, se observa un alto porcentaje de la población de estudiantes investigada en relación a los reactivos analizados que se muestran en la tabla 5, lo que se relaciona con la literatura presentada ya que para

Bulnes, M., et al. (2014), la resiliencia hace referencia a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive, ser transformados por ellas.

La variable consumo de otras drogas ASSIST tiene una puntuación de 0, la que se encuentra por debajo de la media que es 5 y la define como una variable protectora. Sin embargo hay que hacer algunas observaciones en lo referente a la tabla 6.

Tabla 6. Porcentajes obtenidos. Test ASSIST

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	93.9	3.0	0.0	1.5	1.5
2	83.3	12.1	1.5	1.5	1.5
3	54.5	37.9	4.5	3.0	0.0
4	95.5	1.5	0.0	1.5	1.5
5	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6	97.0	3.0	0.0	0.0	0.0
7	92.4	7.6	0.0	0.0	0.0
8	93.9	4.5	0.0	0.0	1.5
9	98.5	1.5	0.0	0.0	0.0
10	98.5	1.5	0.0	0.0	0.0
11	98.5	1.5	0.0	0.0	0.0

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 6, se puede identificar, que el mayor porcentaje de investigados no han consumido otras drogas, ya que el 3% afirma consumir cada semana alcohol (cerveza, vinos, licores, cocteles, etc.) como se observa en el reactivo 3. Así mismo, en los reactivos 1, 2, 4 y 8, en un porcentaje de 1.5%, mencionan consumir a "diario o casi diario" drogas en general, tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.), cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.), y sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolán, clonazepan, etc.)

Estos bajos resultados que se muestran en los reactivos analizados en la tabla 6, no se relacionan con la literatura investigada ya que, para Oblitas, (2010) "el consumo abusivo de drogas, tanto legales como ilegales, supone un importante problema de salud que afecta de manera especial a los adolescentes".

Al analizar la variable depresión – ansiedad, se puede verificar un puntaje de 3, localizándose por debajo de la media, lo cual la identifica como variable protectora.

Tabla 7. Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	19	28	11	8
2	17	35	8	6
3	24	25	10	6
4	24	27	10	5
5	15	29	16	6
6	29	22	10	5
7	37	19	8	2
8	44	14	3	5
9	43	17	4	2
TOTAL	252	216	80	45

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Al analizar la tabla 7, de la variable depresión se puede observar que en el ítem 8, con una frecuencia de 44 estudiantes investigados respondieron nunca se mueven o hablan tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Así también, en el ítem 9, con una frecuencia de 43 investigados indican que nunca han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma. Por último en el reactivo 2, con una frecuencia de 35 estudiantes manifestaron que varios días se han sentido tristes, deprimidos o desesperados. Lo cual confirma el puntaje de 3 de la variable depresión que la define como una variable de protección al estar por debajo de la media que es 5.

La variable satisfacción vital, se presenta con un puntaje de 8, lo cual la afirma como una variable protectora.

Tabla 8. Frecuencia (LSQ)

Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Media	6	7	8	9	10
0	2	0	0	4	3	5	9	11	13	17

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 8, de frecuencia que informa sobre la variable satisfacción vital, el mayor número de investigados se ubica en los 4 más altos rangos del reactivo, 7, 8, 9 y 10. Lo cual coincide con la alta puntuación de la variable que es de 8 definiéndola como una variable de protección ya que está por encima de la media que es de 5. Esto debido a que, de las nueve variables investigadas, siete se identificaron como variables de protección, con lo que se puede concluir que la satisfacción vital es el resultado del análisis y correlación de muchas



variables. Como afirma Bocanegra P., et al. (2015) al referirse acerca de la satisfacción vital como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo y está relacionada estrechamente con otras variables como autoestima, depresión, locus de control, etc.

### 3.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS RESPECTO AL GÉNERO FEMENINO

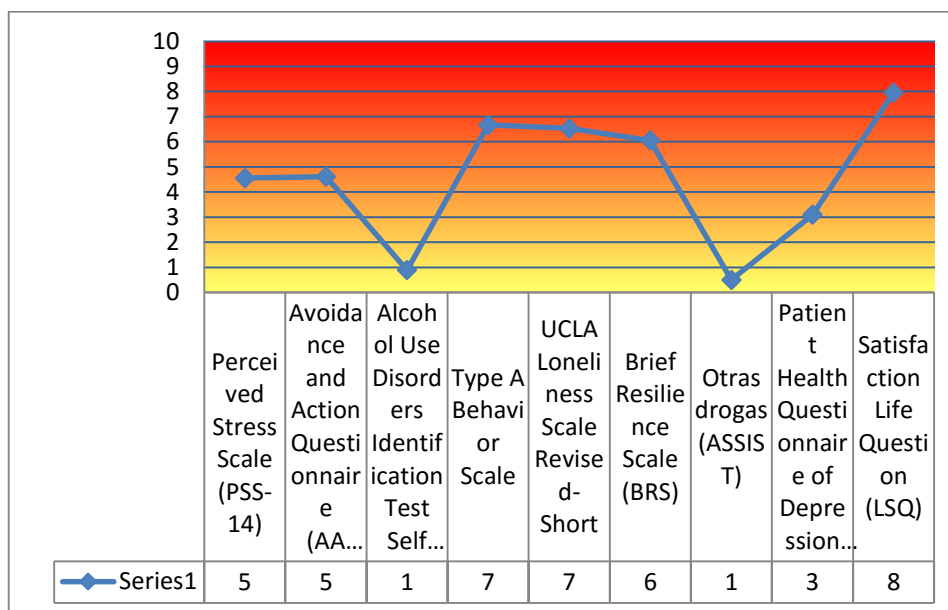


Figura 6. Figura de los test con resultados estandarizados género femenino.  
 Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
 Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

De los resultados obtenidos en la figura 6, en relación al género femenino se observa que la población investigada presenta la puntuación de 1 en las variables consumo de alcohol y otras sustancias ubicándolas como variables de protección por estar debajo de la media que es de 5, y el puntaje de 8 lo presenta el análisis de la variable satisfacción de la vida que la define como variable de protección por estar sobre la media que es de 5.

Se puede observar en la figura 6 que la población investigada en cuanto al género femenino en la variable estrés, ubica su puntuación en 5, lo que la define como una variable media, ni de riesgo ni protectora.

Tabla 9. Frecuencia (PSS-14)

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

5	1	1	8	11	4
6	0	4	2	10	9
7	1	1	6	7	10
8	4	7	7	3	3
9	0	0	11	7	7
10	1	6	8	6	4
11	3	4	8	6	4
12	3	0	7	9	6
13	0	1	13	4	7
14	4	9	6	2	4
TOTAL	25	52	114	84	73

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 9, en relación a la variable estrés se observa que en el ítem 13, con una frecuencia de 13 adolescentes femeninas investigadas respondieron que en el último mes "de vez en cuando" han podido controlar la forma de invertir su tiempo. Así mismo, en los ítems 1, 4 y 9, 11 estudiantes femeninas investigadas respondieron que en el último mes "de vez en cuando" han estado afectadas por algo que ha ocurrido inesperadamente, que han manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida, y que han podido controlar las dificultades de sus vidas respectivamente, lo que corrobora el puntaje de 5 obtenido en la escala que valora el nivel de estrés mostrado en la figura 6 definiéndola como una variable de protección por estar por debajo de la media que es de 5.

En relación a la variable consumo de bebidas alcohólicas medido mediante el (AUDIT), la población investigada de género femenino puntúa con 1 en la figura 6, siendo una puntuación baja dentro de la escala de 0 a 10, con lo cual se estima como una variable de protección.

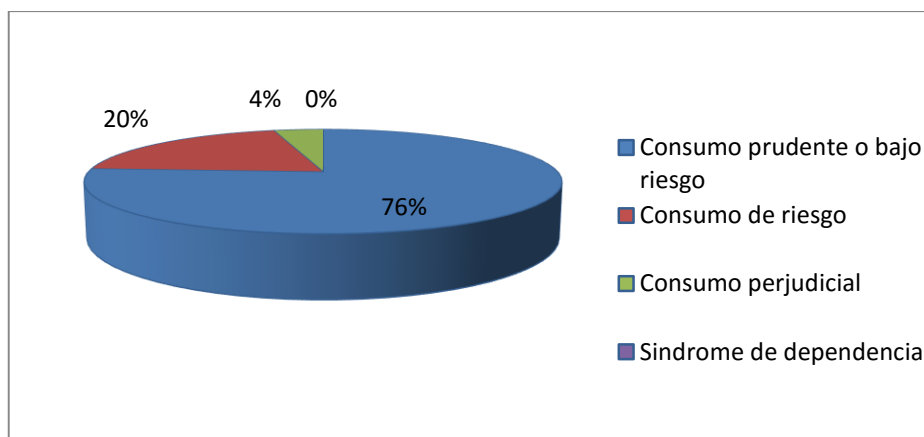


Figura 7. Figura de los test AUDIT.

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato

En la figura 7 se observa que el 76% de la población de género femenino investigada, se ubican en “consumo prudente o bajo riesgo”, el 20% en “consumo de riesgo”, 4% en “consumo perjudicial” y 0% en “síndrome de dependencia”. Estos datos indican que, de la población femenina investigada, el mayor porcentaje tiene un consumo de alcohol prudente o de bajo riesgo. Sin embargo el segundo mayor porcentaje (20%) que se encuentra en “consumo de riesgo” no debe ser menospreciado. Así mismo, podemos decir que un porcentaje bajo (4%) está en el grupo de “consumo perjudicial”, mismo que debería ser tomado en cuenta con la finalidad de prevenir repercusiones futuras. La literatura investigada no corrobora los resultados que se muestran en la figura 7, ya que López, E. et al., (2014) indica que el consumo intensivo de alcohol constituye la forma de consumo problemático más común durante la adolescencia y juventud.

En relación a la variable de personalidad tipo A, se observa que tiene una puntuación de 7, superando la media de 5 y ubicándola como una variable de riesgo.

Tabla 10. Frecuencia (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	11	8	3	2
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	7	17	0	1
3	7	11	5	2
4	3	9	4	9
5	3	8	8	6
6	5	13	6	1
Reactivo	Si		No	
7	19		6	
8	20		5	
9	19		6	
10	20		5	

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
 Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 10, en relación a la variable personalidad tipo A, se puede observar que en el reactivo 10, con una frecuencia de 20 estudiantes femeninas investigadas respondieron que “sí” se sienten molestas al esperar. Además, en el ítem 2, con una frecuencia de 17 investigadas indican que “de vez en cuando” se sienten presionadas por el tiempo. También, en el ítem 1, con una frecuencia de 11 estudiantes respondieron “muy bien” a la pregunta de tener un fuerte deseo a sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas.

Todos estos datos son coherentes con la puntuación de 7 de la variable personalidad tipo A, que la identifica como una variable de riesgo por estar sobre la media de 5.

En relación a la variable apoyo social valorada a través de sensación subjetiva de soledad, se observa que tiene una puntuación de 7, superando la media de 5 y ubicándola como una variable de riesgo como se observa en la figura 6.

Tabla 11. Frecuencia UCLA

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	1	10	12	2
2	3	11	6	5
3	7	8	7	3
4	3	11	7	4
5	2	3	9	11
6	4	12	6	3
7	11	7	4	3
8	2	11	9	3
9	0	4	6	15
10	1	3	9	12
11	7	8	8	1
12	8	10	5	2
13	4	3	8	9
14	10	9	5	1
15	3	7	7	8
16	2	5	10	8
17	2	11	7	5
18	5	10	5	5
19	1	8	6	10
20	2	4	6	13
TOTAL	78	155	142	123

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Se aprecia en la tabla 11 en relación a la variable apoyo social evaluada a través de sensación subjetiva de soledad, indica que en el reactivo 6, con una frecuencia de 12 investigadas manifestaron que "rara vez" se sienten que tienen mucho en común con la gente que les rodea. Así también podemos observar que en el ítem 1, con una frecuencia de 10 estudiantes indican que "rara vez" la gente que les rodea las entiende. Todos estos datos son coherentes con la puntuación de 7 obtenido en la escala de UCLA que muestra la figura 6, y la definen como una variable de riesgo al estar por sobre la media de 5.

En relación a la variable de resiliencia, se observa que tiene una puntuación de 6, ubicándola como una variable de protección al estar por encima de la media de 5.

Tabla 12. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Media	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	0	2	10	7	6
2	3	3	11	7	1
3	4	7	7	2	4
4	3	5	8	6	3
5	4	7	11	1	2
6	5	6	7	4	3
TOTAL	19	30	54	27	19

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 12 que analiza la variable resiliencia, se observa que en el ítem 1 con una frecuencia de 7 estudiantes investigadas respondieron estar "de acuerdo" con tender a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles. Por otro lado en el reactivo 3 con una frecuencia de 7 estudiantes investigadas manifestaron estar "en desacuerdo" con no llevarles mucho tiempo recuperarse de una situación estresante. Lo que corrobora el puntaje de 6 de la variable resiliencia obtenido en la figura 6, la misma que por estar por encima de la media de 5, la define como una variable de protección.

En relación a la variable de (ASSIST), se observa en la figura 6 que tiene una puntuación de 1, por debajo de la media que es 5, ubicándola como una variable de protección.

Tabla 13. Porcentajes obtenidos. Test (ASSIST) género femenino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	92.0	0.0	0.0	4.0	4.0
2	84.0	4.0	4.0	4.0	4.0
3	56.0	28.0	8.0	8.0	0.0
4	92.0	0.0	0.0	4.0	4.0
5	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6	96.0	4.0	0.0	0.0	0.0
7	92.0	8.0	0.0	0.0	0.0
8	88.0	8.0	0.0	0.0	4.0
9	96.0	4.0	0.0	0.0	0.0
10	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
11	96.0	4.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 13, se puede identificar, que a pesar que el mayor porcentaje de investigadas no han consumido otras drogas en los últimos 3 meses, el 4% afirma consumir drogas "diario o casi a diario" como se observa en el reactivo 1. Así mismo, en el ítem 2, en un porcentaje de 4%, mencionan consumir a "diario o casi a diario" tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.). Por otro lado en el ítem 4 con un porcentaje del 4% las estudiantes investigadas indican haber consumido a "diario o casi a diario" cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.). Y por último en el reactivo 8 con un porcentaje del 4% las estudiantes respondieron haber consumido "diario o casi a diario" sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolam, clonazepan, etc.).

En relación a la variable de ansiedad y depresión, se verifica que posee una puntuación de 3, dando que se identifica como una variable de protección al estar por debajo de la media que es 5.

Tabla 14. Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	9	10	3	3
2	4	13	4	4
3	10	8	5	2
4	7	11	4	3
5	5	12	4	4
6	9	10	5	1
7	12	9	3	1
8	20	2	1	2
9	14	7	3	1
TOTAL	90	82	32	21

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Al analizar la tabla 14, de la variable ansiedad-depresión se puede observar que en el ítem 8, con una frecuencia de 20 estudiantes investigadas respondieron que "nunca" se mueven o hablan tan despacio que otras personas pueden darse cuenta o están tan inquietas o intranquilas que dan vueltas de un lugar a otro más que de costumbre. Así también, en el ítem 9, con una frecuencia de 14 investigadas indican que "nunca" han pensado que estarían mejor muertas o han deseado hacerse daño de alguna forma. Por último, en el reactivo 3, con una frecuencia de 10 estudiantes manifestaron que "nunca" han tenido problemas para dormir, mantenerse despiertas o duermen demasiado. Lo cual confirma el puntaje de 3 obtenido en la figura 6 y que la define como una variable de protección por encontrarse por debajo de la media que es de 5.

Finalmente, se tiene que la puntuación respecto a la variable satisfacción con la vida referente a la población de género femenino investigada es de 8, lo que la define como una variable de protección al estar sobre la media de 5.

Tabla 15. Frecuencia (LSQ)

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 15, de frecuencia que informa sobre la variable satisfacción vital, el mayor número de investigados se ubica en los 2 más altos rangos del reactivo, que son 9 y 10. Lo cual coincide con la alta puntuación de la variable que es de 8, y que la define como una variable de protección, al estar sobre la media de 5.

### 3.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS RESPECTO AL GÉNERO MASCULINO

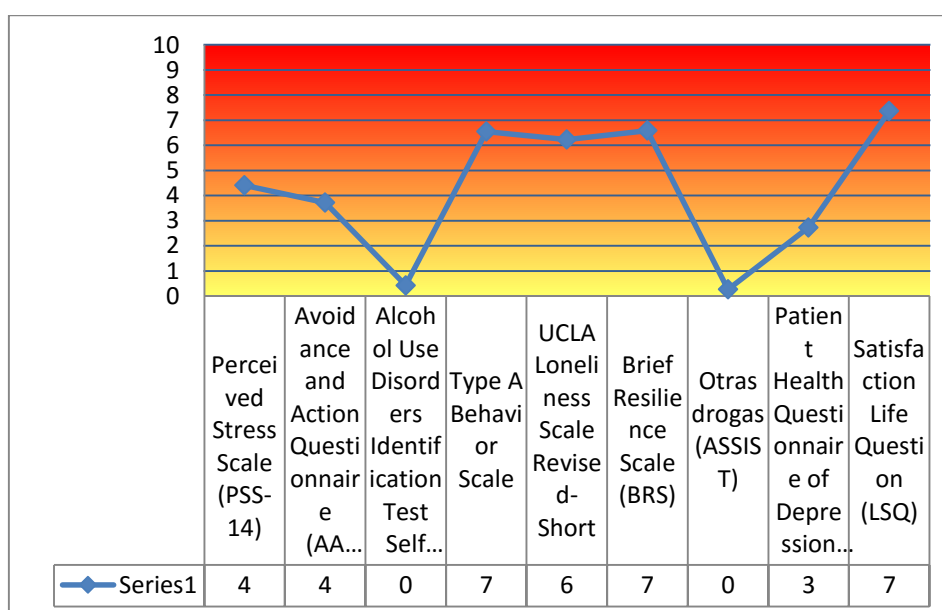


Figura 8. Figura de los test con resultados estandarizados género masculino.

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

De los resultados obtenidos en la figura 8, en relación al género masculino se observa que la población investigada presenta la puntuación de 0 en las variables consumo de alcohol y otras sustancias ubicándolas como variables de protección por estar debajo de la media que es de 5, y el puntaje de 7 lo presenta el análisis de la variable satisfacción de la vida que la define como variable de protección por estar sobre la media que es de 5.

Se puede observar en la figura 8, que la población investigada en cuanto al género masculino en la variable estrés, ubica su puntuación en 4, por debajo de la media que es 5, lo cual afirma que la variable es considerada de protección.

Tabla 16. Frecuencia (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	13	14	11	2	1
2	11	8	15	6	1
3	0	5	22	10	4
4	1	4	15	15	6
5	4	7	11	14	5
6	1	4	11	16	9
7	0	5	12	12	12
8	2	13	19	6	1
9	0	6	13	19	3
10	2	6	10	16	6
11	3	11	14	9	3
12	3	4	10	17	6
13	3	4	14	13	7
14	2	14	15	8	2
TOTAL	45	105	192	163	66

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 16, en relación a la variable estrés se observa que en el ítem 9, con una frecuencia de 19 adolescentes masculinos investigados respondieron que en el último mes "a menudo" han podido controlar las dificultades de sus vidas. Así mismo, en el ítem 4 con una frecuencia de 15 estudiantes investigados respondieron que en el último mes "a menudo" han manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida. Por otro lado en el reactivo 1 con una frecuencia de 14 estudiantes respondieron que "casi nunca" en el último mes han estado afectados por algo que ha ocurrido inesperadamente. Lo que corrobora el puntaje de 4 obtenido en la escala que valora el nivel de estrés mostrado en la figura 8 que la considera una variable de protección por encontrarse por debajo de la media que es de 5.

En cuanto a inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se sitúa su puntuación en 4, lo que la establece como una variable de protección.

Tabla 17. Frecuencia (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	15	13	3	7	2	0	1



2	13	11	4	8	3	2	0
3	16	8	6	7	4	0	0
4	22	7	2	4	1	2	2
5	12	12	5	5	4	1	2
6	13	9	2	8	2	4	3
7	7	13	5	9	3	3	1
TOTAL	98	73	27	48	19	12	9

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Se puede observar en la tabla 17, en relación a la variable inflexibilidad psicológica, que en el reactivo 4, con una frecuencia de 22 estudiantes investigados responden que "nunca es verdad" en relación a que sus recuerdos dolorosos les impiden tener una vida plena. Por otro lado, en el ítem 3, con una frecuencia de 16 estudiantes investigados indican que "nunca es verdad" en relación a que les preocupa no poder ser capaces de controlar sus preocupaciones y sentimientos. Lo cual se asocia con el puntaje de 4 de la variable analizada, que por encontrarse por debajo de la media que es 5, la define como una variable de protección.

En relación al consumo de alcohol (AUDIT), los investigados de género masculino puntúa con 0 en la figura 9, siendo una puntuación baja dentro de la escala de 0 a 10, con lo cual se la determina como una variable de protección.

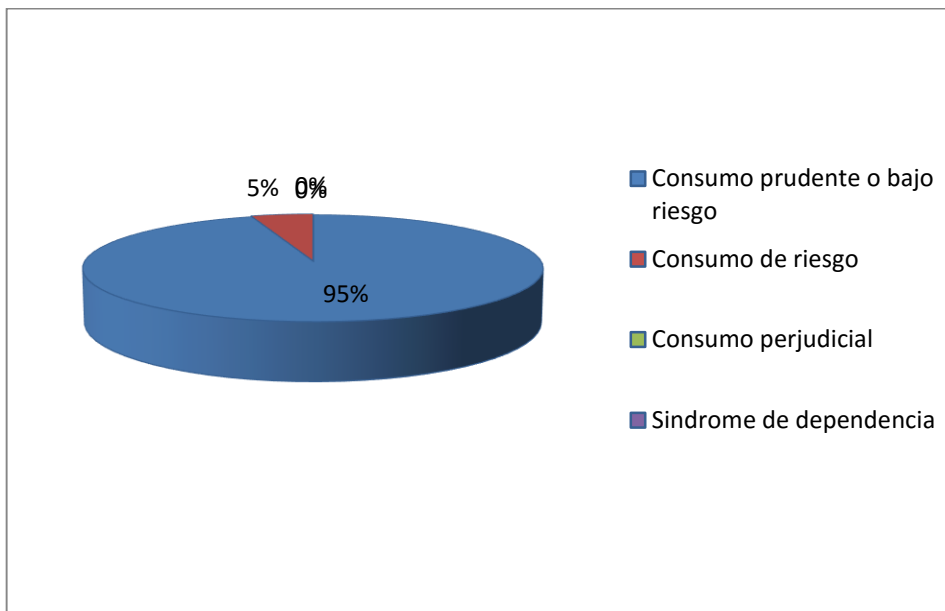


Figura 9. Figura de los test AUDIT.

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la figura 9 se observa que el 95% de la población de género masculino investigada, se ubican en "consumo prudente o bajo riesgo", el 5% en "consumo de riesgo", 0% en "consumo perjudicial" y 0% en "síndrome de dependencia". Lo que corrobora el puntaje de 0 mostrado en la figura 8, lo que la define como una variable de protección por encontrarse debajo de la media que es 5.

En cuanto al análisis de la variable personalidad (Type A), en la figura 8 se observa una puntuación de 7, lo cual está sobrepasando la media de 5 puntos, por lo tanto se considera una variable de riesgo.

Tabla 18. Frecuencia (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	15	18	7	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	10	12	15	4
3	9	25	5	2
4	3	16	14	8
5	15	18	6	2
6	11	14	9	7
Reactivo	Si		No	
7	33		8	
8	27		14	
9	29		12	
10	29		12	

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 18, en relación a la variable personalidad tipo A, se puede observar que en el reactivo 10, con una frecuencia de 29 estudiantes masculinos investigados respondieron que "si" se sienten molestos al esperar. Además, en el ítem 3, con una frecuencia de 25 investigadas indican que "de vez en cuando" son muy exigentes y competitivos. También, en el ítem 1, con una frecuencia de 18 estudiantes respondieron que "bastante bien" el tener un fuerte deseo de sobresalir (ser el mejor) en la mayor parte de las cosas. Todos estos datos son coherentes con la puntuación de 7 de la variable personalidad tipo A que la define como variable de riesgo al estar por encima de la media de 5.

En relación a la variable apoyo social evaluada a través de sensación subjetiva de soledad, se observa que tiene una puntuación de 6, por encima de la media de 5 y ubicándola como una variable de riesgo como se observa en la figura 8.

Tabla 19. Frecuencia UCLA

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	6	12	17	6
2	9	16	13	3
3	16	10	12	2
4	8	15	13	4
5	2	4	14	21
6	5	12	20	4
7	14	17	9	0
8	8	14	15	3
9	2	7	14	18
10	3	7	18	13
11	14	19	6	1
12	10	20	9	2
13	2	15	15	9
14	15	15	8	2
15	3	10	21	7
16	4	13	19	5
17	6	15	17	3
18	5	20	13	2
19	0	10	18	12
20	2	7	17	15
TOTAL	134	258	288	132

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Se aprecia en la tabla 19 en relación a la variable apoyo social valorada a través de sensación subjetiva de soledad, que en el reactivo 1, con una frecuencia de 17 investigados manifestaron que "a veces" sienten que la gente que les rodea los entiende. Así también podemos observar que en el ítem 8, con una frecuencia de 15 estudiantes indican que "a veces" sienten que sus intereses e ideas no son compartidos por quienes les rodea. Todos estos datos son coherentes con la puntuación de 6 obtenido en la escala de UCLA que muestra la figura 8 que la define como una variable de riesgo al estar por encima de la media de 5.

En la variable de resiliencia, se observa en la figura 8 una puntuación de 7, ubicándola como una variable de protección por estar sobre la media de 5.

Tabla 20. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Media	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	4	8	15	12

2	4	10	15	9	3
3	3	4	13	16	5
4	6	11	13	10	1
5	6	10	12	9	4
6	9	13	7	9	3
TOTAL	30	52	68	68	28

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 20 que analiza la variable resiliencia, se observa que en el ítem 3 con una frecuencia de 16 estudiantes investigados respondieron estar "de acuerdo" en no llevarles mucho tiempo recuperarse de una situación estresante. Por otro lado en el reactivo 1 con una frecuencia de 15 estudiantes investigados manifestaron estar "de acuerdo" con tender a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles. Lo que corrobora el puntaje de 7 de la variable resiliencia obtenido en la figura 8 que la ubica como variable de protección por estar sobre la media de 5.

En la variable de consumo de sustancias (ASSIST), se observa en la figura 8 una puntuación de 0, ubicándola como una variable de protección al estar por debajo de la media que es de 5.

En la variable depresión-ansiedad se observa en la figura 8 una puntuación de 3, por lo que se considera una variable de protección al estar debajo de la media de 5.

Tabla 21. Frecuencia (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	10	18	8	5
2	13	22	4	2
3	14	17	5	4
4	17	16	6	2
5	10	17	12	2
6	20	12	5	4
7	25	10	5	1
8	24	12	2	3
9	29	10	1	1
TOTAL	162	134	48	24

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Al analizar la tabla 21, sobre la ansiedad-depresión se evidencia que en el ítem 9, con una frecuencia de 29 estudiantes investigados respondieron "nunca" haber pensado que estarían mejor muertos o haber deseado hacerse daño de alguna forma. Así también, en el ítem 7, con una frecuencia de 25 investigados indican que "nunca" han tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión. Por último en el reactivo 6, con una frecuencia de 20 estudiantes manifestaron que "nunca" se han sentido mal consigo mismos, o sentido que son un fracaso, o que se han fallado a sí mismos o a su familia. Lo que ratifica la puntuación de 3, dentro de la escala de 0 a 10 de la figura 8 en relación a la variable depresión-ansiedad definiéndola como protectora por encontrarse debajo de la media de 5.

Por último, se observa en la figura 8 que la variable satisfacción con la vida tiene una puntuación de 7, en relación al género masculino, lo que la define como una variable de protección al estar por encima de la media de 5.

Tabla 22. Frecuencia (LSQ)

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

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 4, Distrito 13D02, Circuito 13D02C04\_09 en el año 2015.  
Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

En la tabla 22 de frecuencia que informa sobre la variable satisfacción vital, se observa que el mayor número de investigados masculinos se ubican en 3 de los más altos rangos del reactivo, que son 7, 8 y 10. Lo cual coincide con la puntuación de 7 y la define como variable de protección al estar por sobre la media de 5.

**Discusión:**

Considerando los resultados obtenidos en la investigación, al analizar y discutir las variables de riesgo, vemos que existen dos. La primera se trata de la variable personalidad tipo A en datos generales, se observa que tiene una puntuación de 7, superando la media de 5 y ubicándola como una variable de riesgo sin distinción de género en la población de adolescentes investigados, con mayor frecuencias de respuesta en los ítems: 1, tener un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas; y 10, se siente molesto al esperar. En base a la literatura podemos encontrar lo que manifiesta Newstrom (2011) acerca de las personas tipo A:

Las personas tipo A son agresivas y competitivas, establecen estándares altos, son impacientes consigo mismas y los demás, y prosperan bajo presiones constantes de tiempo. Se exigen demasiado, incluso en momentos de esparcimiento y recreación.

No se dan cuenta que muchas de las presiones que sienten son ocasionadas por ellas mismas, es decir, no son producto de su ambiente (p. 395).

Del mismo modo, Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría, y Rigotti(2014) manifiestan:

La personalidad tipo A, caracterizada por alta competitividad, hostilidad y sensación de urgencia constante, es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica, en contraste a lo que ocurre con la personalidad tipo B expresada por menos apremio y agresividad y más paciencia individual (p. 1316).

De esta manera, se evidencia que las características de los estudiantes investigados tienen concordancia con la literatura presentada, pues de acuerdo a los datos obtenidos los estudiantes presentan este tipo de características. Sin embargo se puede observar el puntaje de consumo de alcohol en datos generales fue de 1 y el de otras drogas de 0, por lo tanto no se observa una relación directa, ya que la variable de personalidad tipo A se presenta como variable de riesgo por encontrarse por debajo de la media que es de 5 y consumo de alcohol y otras sustancias como variables de protección por encontrarse por encima de la media que es de 5.

Otra de las variables de riesgo según los resultados es el bajo nivel de apoyo social a través del instrumento UCLA sensación subjetiva de soledad, arrojó una puntuación de 6 en datos generales, que está por encima de la media que es 5, por lo que se la identifica como una variable de riesgo dentro de la población de estudiantes objeto de estudio en el que se aprecia diferencia de género, encontrándose un puntaje de 7 en mujeres y 6 en hombres, identificándolas como variables de riesgo por encontrarse sobre la media de 5. En base a la literatura investigada podemos encontrar que Almagiá (2014), indica:

El modelo de amortiguación, sugiere que el apoyo social sirve como una fuente de protección (amortiguador) contra los efectos nocivos del estrés. De acuerdo a este, el apoyo social permite a las personas valorar al estresor como menos amenazante y afrontarlo mejor. Como resultado, los individuos bajo estrés que perciben poco apoyo social experimentarán efectos negativos en su salud, mientras que tales efectos se verán reducidos o estarán ausentes en individuos con altos niveles de apoyo social (p. 238).

Con estos resultados podemos observar que se evidencia un bajo apoyo social, en ambos géneros, con predominancia en el género femenino.

Por otro lado, dentro de la investigación podemos encontrar 7 variables de protección, donde se observa a satisfacción vital con una puntuación más alta que el resto de las

variables, con una puntuación de 8, lo cual la afirma como una variable de protección debido a que se encuentra por encima de la media que es de 5, con distinción de género, encontrándose un puntaje de 8 en mujeres y 7 en hombres, lo que indica que las mujeres presentan mayor satisfacción vital que los hombres en la población de adolescentes investigada, lo cual se puede verificar en los 4 más altos rangos de los reactivos, 7, 8, 9 y 10. En base a la literatura podemos indicar que Bocanegra, et al. (2015) afirma. “La satisfacción, definida como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo y está relacionada estrechamente con otras variables como autoestima, depresión, locus de control, etc.” (p. 43). De esta manera, se confirma los resultados con la literatura presentada, debido a que los resultados revelan que los adolescentes poseen una satisfacción vital alta, sin embargo en base al género se puede evidenciar que existe una diferencia entre los hombres con las mujeres, presentando las mujeres mayor satisfacción con una escala de 8 a diferencia con los hombres que presenta una satisfacción vital de 7.

También, en relación a la variable resiliencia (BRS) vemos que muestra un puntaje de 6 en datos generales de la población investigada, que por encontrarse sobre la media de 5, la identifica como una variable de protección, con distinción de género observándose un puntaje de 7 en hombres y 6 en mujeres, definiéndolas como variables protectoras por encontrarse por encima de la media que es 5, lo cual se evidencia en las altas frecuencias de los reactivos: 1, respondiendo que pueden recuperarse rápidamente después de momentos difíciles; y 3, al indicar que no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante. En base a la literatura podemos indicar que para Bulnes, et al. (2014), “la resiliencia hace referencia a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive, ser transformados por ellas” (p. 70). De esta manera, podemos observar concordancia entre los resultados de la investigación realizado con la literatura presentada porque las particularidades de los adolescentes de nuestra investigación son similares a la presentada en la literatura. Por otra lado es importante indicar que existen diferencias de género al momento de analizar la variable resiliencia, así los hombres presentan mayor resiliencia que las mujeres. De esta manera, “Se concluye que la resiliencia es indispensable debido a que los individuos tienen que empezar a transformarse a sí mismos y a su realidad adversa. En este sentido, la resiliencia abre el camino hacia la salud mental de la persona” (Fuentes, Medina, y Borja 2008, p. 41).

De esta manera, se corrobora los resultados de nuestra investigación con lo encontrado en la literatura en relación a las diferencias de género. Así, la variable resiliencia es significativa en ambos géneros hombres y mujeres, con predominancia en el género femenino, lo cual representa un aporte positivo para la salud mental.

Además, en relación a la variable de estrés (PSS14), vemos que muestra un puntaje de 4 en datos generales de la población investigada, que por encontrarse bajo la media de 5, la identifica como una variable de protección, con distinción de género, encontrándose un puntaje de 5 en el grupo femenino que la identifica como variable media, ni de riesgo ni de protección, y 4 en el grupo masculino, que por encontrarse por debajo de la media que es de 5 se la considera una variable de protección, lo cual se puede verificar en las más altas frecuencias en los siguientes reactivos: 6, a menudo en el último mes han estado seguros sobre la capacidad para manejar problemas personales; 9, a menudo han podido controlar las dificultades de su vida y 1, que casi nunca han estado afectados por algo que ha ocurrido inesperadamente. En base a la literatura presentada podemos indicar:

La teoría sobre el estrés ha demostrado que las situaciones estresantes son el producto de dos sistemas intervinientes: sujeto y medio ambiente, de manera que el proceso del estrés depende de la evaluación que el sujeto hace de la situación, en el sentido de considerarla amenazante o no. (Omar, 2014, p. 209).

De esta forma podemos observar que existe concordancia en las particularidades de los adolescentes de la investigación con la literatura presentada. Con estos resultados podemos constatar que las mujeres tienen un mayor nivel de estrés en relación a los hombres, al evidenciar un puntaje de 5 y 4 respectivamente.

También, acerca de la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7), podemos observar que existe un puntaje de 4 en datos generales de la población investigada, definiéndola como una variable de protección por encontrarse por debajo de la media que es de 5, con distinción de género, encontrándose en el grupo masculino un puntaje de 4 ubicándola como una variable de protección por estar por debajo de la media que es 5 y 5 en el grupo femenino que la ubica como una variable media, ni de riesgo ni de protección, de tal forma que estos datos se pueden verificar con las más altas frecuencias que se encuentran reflejadas en los reactivos. De acuerdo a la literatura presentada, Hernández-Ardieta(2014) indican:

El trastorno de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas (ya sean pensamientos, recuerdos, sensaciones...) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal. Al tratarse de una clase funcional u operante, ésta puede mostrarse con distintas topografías o formas conductuales diferentes (p. 100).



De modo que, las particularidades de los investigados concuerdan con la literatura presentada. Por lo tanto, con estos resultados podemos constatar que las mujeres tienen un mayor nivel de inflexibilidad psicológica en relación a los hombres, al evidenciar un puntaje de 5 y 4 respectivamente.

En cuanto, al analizar la variable depresión (PHQ-9), se puede verificar un puntaje de 3 en datos generales de la población investigada localizándole por debajo de la media que es 5, lo que la identifica como una variable protectora, sin distinción de género en la población de adolescentes investigada, esto se puede confirmar con las más altas frecuencias de los siguientes reactivos: 8, los adolescentes respondieron que nunca se mueven o hablan tan despacio que otras personas pueden darse cuenta; 9, indican que nunca han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma; y 2, manifestaron que nunca en varios días se han sentido tristes, deprimidos o desesperados. Por lo que respecta a la literatura presentada tenemos que según lo manifestado por Sue, Sue y Sue (2011). “Los trastornos de ansiedad son responsables de una gran cantidad de angustia y disfunción que en general se acompañan de trastornos comórbidos como depresión, consumo de sustancias u otros trastornos de ansiedad” (p.118). Por ello, observamos que las particularidades de los adolescentes de la presente investigación difieren de la literatura, al encontrarse otros aspectos considerados para la presencia de la depresión. Con estos resultados podemos comprobar que, la población investigada evidencia un puntaje bajo sin distinción de género ubicándola en el grupo de protección, tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a los resultados obtenidos en la investigación, al analizar y discutir en datos generales del grupo de adolescentes, la variable consumo de alcohol, es importante resaltar que en el grupo de individuos investigados, las mujeres poseen un 20% de consumo de riesgo y 4% de consumo perjudicial, en comparación con el grupo masculino que tiene un 5% de riesgo y 0% perjudicial, aunque en los datos generales se obtuvo un puntaje de 1 identificándola como una variable de protección por estar por debajo de la media que es de 5, con distinción de género encontrándose un puntaje de 1 en el grupo femenino, que por situarse por debajo de la media que es 5 la identifica como una variable de protección, y 0 en el grupo masculino que por encontrarse por debajo de la media que es de 5 la identifica como variable protectora, en este contexto el grupo de adolescentes investigados consumen alcohol dentro del rango más bajo de consumo prudencial. En base a la literatura presentada podemos indicar que para López, et al. (2014) manifiestan:

El consumo intensivo de alcohol o bingedrinking(BD) constituye la forma de consumo problemático más común durante la adolescencia y juventud. Al mismo tiempo, es éste un período marcado por profundos cambios, tanto en la estructura como en el funcionamiento cerebral, que pueden verse afectados por el consumo intensivo de alcohol (p. 334).

De esta manera, se evidencia que los resultados obtenidos en la investigación difieren con la literatura presentada debido a que los adolescentes que participaron en nuestra investigación no presentaron un porcentaje alto de consumo de riesgo. Así, el consumo del alcohol no es significativo en datos generales, entre ambos géneros hombres y mujeres, sin embargo dentro del grupo de estudiantes que sí consumen alcohol, el mayor porcentaje se presenta en el grupo femenino. Este fenómeno es preocupante en el grupo de ambos géneros que si consumen, principalmente en el grupo de las adolescentes debido a que se sitúan en un nivel de consumo superior que el de sus compañeros.

En relación al análisis de los resultados obtenidos, en la variable consumo de sustancias, se observa un puntaje de 0 en datos generales de la población investigada, ubicándola como una variable de protección por encontrarse por debajo de la media que es 5, con distinción de género, con un puntaje de 1 en las mujeres, que por estar por debajo de la media que es 5 la ubica como una variable de protección, y 0 en los hombres, que por estar debajo de la media que es 5 la ubica como una variable de protección. Merece una especial atención los resultados del análisis en datos generales de la población investigada de la variable consumo de sustancias (ASSIST), lo cual a pesar de tener un puntaje de 0 en datos, en el análisis por género observamos que en el caso de la mujeres el puntaje es 1 y en el caso del grupo de hombres es 0. en los últimos tres meses en un porcentaje de 4.0 han consumido “a diario” o “casi a diario”, drogas, tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabaco de mascar, puros, etc.), cannabis (marihuana, mota, hierba, achis, etc.) y sedantes o pastillas para dormir (diazepan, alprazolán, clorazepan, etc.), mientras que, en el caso del grupo de hombres el consumo de sustancias es 0. En base a la literatura podemos mencionar que en un estudio realizado a un grupo de adolescentes mexicanos, se encontró (Subsecretaría de Servicios Educativos para Distrito Federal y el Instituto General de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2003, citado por Oblitas, 2010, p. 379), que el consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables y heroína), son las más consumidas por los varones, mientras que los psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes), son consumidas por las mujeres en mayor medida. Por lo tanto, se evidencia que las particularidades del grupo de adolescentes investigados no concuerdan con la literatura presentada porque en la muestra de adolescentes femeninas el consumo de sustancias es

mayor. Así, el consumo de sustancias no es significativo en datos generales entre ambos géneros hombres y mujeres, sin embargo dentro del grupo de estudiantes investigados que consumen sustancias, el mayor porcentaje de consumo lo presenta el grupo femenino.

## **CONCLUSIONES**

Luego del análisis y descripción de los resultados se llega a las siguientes conclusiones:

- 1.- Las variables protectoras de los estudiantes investigados asociadas a la salud mental son: satisfacción con la vida, resiliencia, consumo de otras sustancias, consumo de alcohol, depresión, estrés e inflexibilidad psicológica.
- 2.- Las variables de riesgo de los estudiantes investigados asociadas a la salud mental son: personalidad tipo A y apoyo social.
- 3.- Del grupo de estudiantes investigados que consumen alcohol y otras sustancias, el mayor porcentaje de consumo lo presenta el grupo femenino.

- 4.- El grupo femenino investigado que consume en mayor porcentaje alcohol y otras sustancias en relación al grupo masculino, presenta además alta frecuencia de personalidad tipo A.
- 5.- El grupo femenino investigado que consume en mayor porcentaje alcohol y otras sustancias en relación al grupo masculino, presenta bajo apoyo social.
- 6.- El grupo femenino investigado que consume en mayor porcentaje alcohol y otras sustancias, presenta menor resiliencia en relación al grupo masculino.

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- A las autoridades de los establecimientos educativos, docentes, padres de familia y sociedad, se recomienda considerar acciones acertadas en relación a los resultados sobre los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias.
- 2.- Se recomienda a las autoridades de los establecimientos educativos, docentes, padres de familia y sociedad que enfatizen los resultados presentados en este trabajo sobre la personalidad tipo A, e implementen estrategias de trabajos con los estudiantes de manera que haya una información más detallada de esta variable.

3.- A las autoridades de los establecimientos educativos, docentes, padres de familia y sociedad en general se les recomienda que realicen planes de intervención primaria en base a los resultados del presente trabajo acerca del consumo de alcohol, otras sustancias y apoyo social que presentan los estudiantes investigados para reforzar mecanismos de prevención.

4.- A las autoridades del establecimiento educativo se recomienda seguir con esta investigación para profundizar en futuros resultados.

5.- Se recomienda al Equipo de Gestión del Programa de Investigación de la UTPL, que utilicen menos baterías psicológicas para evitar que los estudiantes se agoten mentalmente y contesten a la ligera, ya que esto puede ocasionar un sesgo en la investigación.

6.- A las autoridades de los establecimientos educativos, docentes, padres de familia y sociedad en general se les recomienda que brinden todas las facilidades para la elaboración de este tipo de trabajos investigativos.

## **Bibliografía**

Aceves, J. (2000). *Psicología General*. México, D.F., México: Publicaciones Cruz O., S.A.

Albrecht, A., y Herrick, C. (2007). *100 preguntas y respuestas acerca de la depresión*. Madrid, España: Edaf, S.L.

Almagiá, E. B. (2014). *Apoyo social, estrés y salud*. Obtenido de [http://scholar.google.es/scholar?as\\_ylo=2014&q=apoyo+social+enrique+barra&hl=es&as\\_sd t=0,5](http://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2014&q=apoyo+social+enrique+barra&hl=es&as_sd t=0,5)

- American Psychological Association. (2015). *Salud mental/corporal: Estrés*. (S. Weiss, y N. Molitor, Editores) Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres.aspx>
- Andrade, L., Cuenca, G., y León, R. (2015). *Manual de Aplicación de la Batería de Instrumentos del Proyecto de Investigación*. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Andrade, L., Cuenca, G., y León, R. (2015). Manual de aplicación de la batería de instrumentos del proyecto de investigación Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015. Loja, Loja, Ecuador: UTPL.
- APA. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (Cuarta ed.). Barcelona, España: Masson, S.A.
- Asociación Española de Pediatría, d. (2004). *Desarrollo Psicológico*. Obtenido de <http://www.aepap.org/pdf/psicologico.pdf>
- Ávila, A., Rodríguez, C., y Herrero, J. (2000). En A. Cordero, *La evaluación psicológica en el año 2000* (pág. 98). Madrid, España: Tea Ediciones.
- Badesa, S. (2004). Investigaciones y experiencias. En G. Pérez, *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural, aplicaciones prácticas* (pág. 91). Madrid, España: Narcea.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Fernández, España: Díaz de Santos.
- Barcelata, B. (2015). Variables implicadas en la percepción del apoyo social. En B. Barcelata, *Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia* (Primera ed.). México, D.F., México: El manual moderno.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Véliz, V. (2006). *Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://goo.gl/egyIA2>
- Barrio, R., Roldán, B., y Martín-Frías, M. (2015). *Inducción de la pubertad*. Obtenido de Rev Esp Endocrinol Pediatr: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A282.pdf>
- Basteiro, S. (2002). *Exclusión social y salud* (Primera ed.). Barcelona, España: Icaria.
- Becoña, E. (2006). *Resiliencia : definición, características y utilidad del concepto*. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024>
- Belas, J. (2000). *¿Qué es la Psicoterapia? (parte 1)*. Obtenido de <http://www.jlbelas.psc.br/meustextos.php?var=meustextos&op=texto&id=90>
- Berdichewsky, B. (2002). *Antropología Social: Introducción una visión global de la humanidad* (Primera ed.). Santiago, Chile: LOM Ediciones.

- Berger, K. S. (2006). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia* (Séptima ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Bermúdez, J., Pérez-García, A., Ruiz, J., Sanjuán, P., y Rueda, B. (2011). *Psicología de la Personalidad*. Madrid, España: UNED.
- Bocanegra, P., Tinoco, V., Sánchez, M., Romero, S., Anticona, A., Medina, M., y Hildalgo, M. (2015). *Satisfacción familiar y salud mental en alumnos universitarios ingresantes*. Obtenido de Revista de Psicología: [http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/R\\_PSI/article/view/390/275](http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/390/275)
- Bordignon, N. (2012). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson*. Obtenido de El diagrama epigenético del adulto: [http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/384/1/p50-63\\_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf](http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/384/1/p50-63_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf)
- Borja, L., y Bosques, E. (2012). *Adaptación Familiar, Escolar y personal de adolescentes de la ciudad de México*. Obtenido de En L. Aragón, y E. Bosques, Enseñanza e Investigación en Psicología, : <http://www.cneip.org/documentos/16.pdf>
- Briones, E. (2010). *La aculturación de los adolescentes inmigrantes en España: aproximación teórica y empírica a su identidad cultural y adaptación psicosocial* (Primera ed.). Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Bulnes, M., Ponce, C., Huerta, R., y Alvarez, C. (2014). *Resiliencia y estilos de socialización parental en escolares de 4to y 5to año de secundaria de Lima Metropolitana*. Obtenido de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3840/3074>
- Burrone, M. (2010). *Análisis del Registro de Intervenciones Preventivas sobre el consumo de drogas en adolescentes escolarizados de la Provincia de Córdoba-Argentina (Tesis de Maestría en Salud Pública)*. Obtenido de [http://www.observatorio.gov.ar/universidades/Tesis\\_Maestria\\_Salud\\_Publica\\_BurroneMS.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/universidades/Tesis_Maestria_Salud_Publica_BurroneMS.pdf)
- Cabanyes, J. (2010). *Resiliencia: una aproximación al concepto*. Obtenido de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13189836&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=286&ty=93&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v03n04a13189836pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189836&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=93&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v03n04a13189836pdf001.pdf)
- Cabañero, M., Richart, M., Cabreo, J., Orts, M., Reig, A., y Tosal, B. (2004). *Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3017.pdf>
- Campos, G. (2013). *El consumo de drogas en el contexto actual*. Obtenido de Médico sociales: [http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2013%5C53%5C1%5C53\\_1\\_11.pdf#page=61](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2013%5C53%5C1%5C53_1_11.pdf#page=61)
- Candel, N., Olmedilla, A., y Blas, A. (s.f.). *Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes*. Obtenido de 2008: <http://revistas.um.es/cpd/article/viewFile/54541/52551>

- Carnegie Mellon. (2015). *Psychology Department*. Obtenido de [http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS\\_14\\_EuropeanSpanish\\_Dr\\_Remor\\_Version\\_2\\_0.doc](http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS_14_EuropeanSpanish_Dr_Remor_Version_2_0.doc)
- Carranza, D. V., y Pedrão, L. J. (2005). *Satisfação pessoal do adolescente adido às drogas no ambiente familiar durante a fase de tratamento em um instituto de saúde mental*. Obtenido de Revista Latino-Americana de Enfermagem: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea11.pdf>
- Caseras, X. (2009). *Comprender el trastorno de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia*. Barcelona, España: Amat.
- Castejón, P., y Abellán, A. (2006). Estado de salud. En M. Sancho, *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Tomo I* (Primera ed.). Madrid, España: IMSERSO.
- Chavarría, M. P., y Barra, E. (2014). *Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art04.pdf>
- Chavarría, M., y Barra, E. (2014). *Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art04.pdf>
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed.). México, D.F., México: Pearson.
- Coleman, J., y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (Cuarta ed.). Madrid, España: Morata.
- Colom, B. (2006). *Psicología de las Diferencias Individuales. Teoría y práctica*. Madrid, España: Pirámide.
- COMIL 1. (2015). *Modelo Pedagógico*. Obtenido de [http://www.comil.edu.ec/portal2013/index.php?option=com\\_content&view=article&id=17&Itemid=24](http://www.comil.edu.ec/portal2013/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=24)
- Córdova, A. J., y García, R. (2012). *Efecto de los trastornos del afecto y la relación con sus padres en la severidad del consumo de alcohol y drogas en adolescentes (México)*. Obtenido de Revista de Psicología Universidad de Antioquia: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/11364/10386>
- Córdova, H. (2015). *Desarrollo de habilidades sociales en adolescentes tempranos de educación secundaria mediante un diseño instruccional*. Obtenido de <file:///C:/Users/User1/Downloads/409-1273-1-PB.pdf>
- Cyrułnik, B. (2013). *Los patitos feos: la resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Obtenido de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang\\_es&id=9\\_YYfwzWD6MC&oi=fnd&pg=PP4&dq=la+resiliencia&ots=61c8lna9PU&sig=qdxL5tmpKHmUzRcrePJ3ATI3N2c#v=onepage&q=la%20resiliencia&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=9_YYfwzWD6MC&oi=fnd&pg=PP4&dq=la+resiliencia&ots=61c8lna9PU&sig=qdxL5tmpKHmUzRcrePJ3ATI3N2c#v=onepage&q=la%20resiliencia&f=false)
- Dahlke, R. (2010). *Terapias efectivas contra la depresión*. Barcelona, España: Robinbook.



- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano* (Primera ed.). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Doron, R., y Parot, F. (2004). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid, España: Ediciones Akal.
- Durand, V., y Barlow, D. (2007). *Psicopatología, un enfoque integral de la psicología anormal* (Cuarta ed.). México, D.F.: Thomson.
- Estévez, E., Jiménez, T., y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia, España: Nau Llibres, Ediciones Culturales Valencianes, S.A.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., y de Pablo, J. (2008). *Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos*. Obtenido de SCIELO Colombia: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11.pdf>
- Fernández, R. (2005). *Redes sociales, apoyo social y salud*. Obtenido de <http://ddd.uab.cat/pub/periferia/18858996n3/18858996n3a4.pdf>
- Fuentes, J. N., Medina, J. J., y Borja, J. Y. (2008). <http://cneip.org.mx/>. Obtenido de [http://cneip.org.mx/documentos/revista/CNEIP\\_13\\_1/Gonzalez\\_Arratia\\_Lopez\\_Fuentes.pdf](http://cneip.org.mx/documentos/revista/CNEIP_13_1/Gonzalez_Arratia_Lopez_Fuentes.pdf)
- García, J. (2007). *Breve introducción a la terapia de aceptación y compromiso*. Obtenido de <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/act/brevepresenact.htm>
- García, R. (2005). *Fases, Periodos y Etapas del Desarrollo*. Obtenido de Mecanismos biológicos del Desarrollo: [http://www.uaz.edu.mx/histo/morfoembrio/pdf/embrionalfeto\\_gm.pdf](http://www.uaz.edu.mx/histo/morfoembrio/pdf/embrionalfeto_gm.pdf)
- Gelles, R., y Levine, A. (2004). *Sociología con aplicaciones en países de habla hispana* (Sexta ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill.
- Gil, A., Gozález, D., y Perdomo, I. (2015). *Consumo de alcohol en adolescentes de una Institución Educativa oficial*. Obtenido de Revista Cuadernos de Investigación: [file:///D:/Program%20Files%20\(x86\)/Canon/Downloads/499-516-1-PB.pdf](file:///D:/Program%20Files%20(x86)/Canon/Downloads/499-516-1-PB.pdf)
- Goncalves, F., González, V., y Vázquez, J. (2008). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. Obtenido de Atención Primaria de Calidad: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_depresion\\_ansiedad\\_2\\_edicion.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf)
- González, M. (2006). *Manejo del estrés*. Málaga, España: Innovación y Cualificación, S.L.
- González, M., Fernández-Fernández, V., Romero-Moreno, R., y Losada, A. (2013). *La Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo*. Obtenido de Información Psicológica: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/45/33>
- González, S., y Valdez, J. (2005). *Significado psicológico de la depresión*. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/810/1469>

- Halgin, R., y Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad, perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (Quinta ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill.
- Hernández, G. S., Tapia, A. J., y Mendoza, M. R. (2015). *La coerción sexual asociada con los mitos de violación y las actitudes sexuales en estudiantes universitarios*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2015/sam151d.pdf>
- Hernández-Ardieta, M. L. (2014). *Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones*. Obtenido de [http://www.researchgate.net/profile/Marcos\\_L\\_Hernandez-Ardieta/publication/271835147\\_Estado\\_actual\\_de\\_la\\_Terapia\\_de\\_Aceptacin\\_y\\_Compromiso\\_en\\_adicciones/links/54d351c20cf2b0c6146d5c02.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Marcos_L_Hernandez-Ardieta/publication/271835147_Estado_actual_de_la_Terapia_de_Aceptacin_y_Compromiso_en_adicciones/links/54d351c20cf2b0c6146d5c02.pdf)
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., y Requena, E. (2006). *Psicopatología* (Primera ed.). Barcelona, España: UOC.
- Kail, R. V., y Cavanaugh, J. C. (2011). *Desarrollo Humano*. México: CENGAGE Learning.
- Kail, R., y Cavanaugh, J. (2015). *Desarrollo humano, una perspectiva del ciclo vital* (Quinta ed.). México, D.F., México: Cengage Learning.
- Kalat, J. (2004). *Psicología biológica* (Octava ed.). Madrid, España: Thomson.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, G., y Zárate, M. (2002). *Psicología social de las Américas* (Primera ed.). México, D.F., México: Pearson.
- Kornblit, A., y Rodiles, G. (2007). *Juventud y vida cotidiana* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Lamas, H., y Murrugarra, A. (2006). El Concepto de Salud Mental ¿qué significa? En L. Oblitas, *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. Bogotá, Colombia: Psicom Editores.
- Larrosa, S., y Palomo, J. (2012). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles*. Obtenido de [https://scholar.google.com.ec/scholar?as\\_ylo=2011&q=factores+de+riesgo+consumo+de+drogas+en+adolescentes&hl=es&lr=lang\\_es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.com.ec/scholar?as_ylo=2011&q=factores+de+riesgo+consumo+de+drogas+en+adolescentes&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5)
- Llberia, E., Sánchez, F., y de la Fuente, J. (2010). Desarrollo evolutivo normal. En C. Soutullo, y M. Mardomingo, *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- López, E., Mota, N., Crego, A., Velásquez, T., Cooral, M., Holguín, S., y Cadaveira, F. (2014). *Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes*. Obtenido de Adicciones: [http://www.usc.es/necea/web/uploads/publicacions/arquivo/54eb7738989e1-2014\\_adicciones\\_revision\\_elc.pdf](http://www.usc.es/necea/web/uploads/publicacions/arquivo/54eb7738989e1-2014_adicciones_revision_elc.pdf)
- López, L., Ochoa, G., y Olaiola, J. (2005). *El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente*. Obtenido de Salud Mental: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam054i.pdf>

- Lutte, G. (2006). *Los jóvenes en las representaciones sociales dominantes*. (M. Pérez, Ed.) Obtenido de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Abuso\\_de\\_Drogas/Articulos/Libros\\_Adolecencia.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Abuso_de_Drogas/Articulos/Libros_Adolecencia.pdf)
- Mafla, A. (2008). *Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1/v39n1a6.pdf>
- Marcos del Cano, A., y Topa Cantisano, G. (2012). *Salud Mental Comunitaria*. Madrid, España: UNED.
- Martínez, E., y Díaz, D. (2007). *Una aproximación psicosocial al estrés escolar*. Obtenido de [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2557786.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2557786.pdf)
- Mathew, T., Shields, A., Yanov, S., Golubchikova, V., Strelis, A., Yanova, G., . . . Greenfield, S. (2010). *Performance of the alcohol use disorders identification test*. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042366/pdf/nihms-220727.pdf>
- Melendro, M., Suárez, L., y Perdomo, S. (2000). *Adolescentes y jóvenes en dificultad social*. Madrid, España: Cáritas Española.
- Mena, I., Dörr, A., Viani, S., Neubauer, S., Gorostegui, M., Dörr, M., y Ulloa, D. (2013). *Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT*. Obtenido de Salud mental: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a3.pdf>
- Morelato, G. (2011). *Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia*. Obtenido de Pensamiento psicológico: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a08.pdf>
- Moreno. (2014). *Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental*. Obtenido de <http://psyce.org/articulos/moreno.pdf>
- Morris, C., y Maisto, A. (2005). *Psicología* (Duodécima ed.). México, D.F., México: Pearson.
- Moyano Díaz, E., Icaza, G., Mujica, V., y Núñez, L. (2011). *Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en población urbana chilena*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a05.pdf>
- Moyano, E., y Ramos, N. (2007). *Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región del Maule*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65027764012>
- Muñoz, A. (2015). *Desarrollo psicológico durante la adolescencia*. Obtenido de <http://www.cepvi.com/articulos/adolescencia.shtml#.VW55n0b59PZ>
- Musitu, C., Suárez, C., y del Moral, G. (2015). Reflexiones en torno al consumo del alcohol en adolescentes. En M. Laespada, E. Aróstegui, P. Gómez, I. Iraurgi, I. Markez, y J. Meana,

*Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes: una mirada ecológica.* Barcelona, España: Deusto Digital.

Myers, D. (2005). *Psicología* (Séptima ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.

Nanjarí, J. (2013). *El enfoque de personalidad resistente en el ámbito de la psicología de la salud: una revisión de publicaciones en español.* Obtenido de *Psicología y Salud*:  
file:///C:/Users/GRG/Downloads/668-3000-1-PB.pdf

Navas, L., Mañas, C., y Iniesta, A. (2009). Desarrollo y Adolescencia. En J. Castejón, y L. Navas, *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones. Implicaciones para la enseñanza en la educación secundaria.* Alicante, España: ECU Editorial Club Universitario.

Nettleton, S., Pleace, N., Burrows, R., Muncer, S., y Loader, B. (2005). *¿Sociedad virtual? Tecnología, "cibérbole", realidad* (Segunda ed.). (S. Woolgar, Ed.) Barcelona, España: OUC.

Newstrom, J. W. (2011). *Comportamiento humano en el trabajo.* México: Mc Graw Hill Educación.

Nitsche, M., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G., y Rigotti, A. (2014). *Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular.* Obtenido de *Revista Médica de Chile*:  
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n10/art12.pdf>

Núñez Rojas, A.; Tobón, S. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicologicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 14. Obtenido de  
[http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista13/Calidad\\_de%20vida\\_salud\\_y\\_factores\\_psicologicos\\_asociados.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf)

Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida.* México: CENGAGE Learning.

Oblitas, L., y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud* (Primera ed.). México, D.F., México: P y V Editores.

Omar, A. (2014). *Justicia organizacional, individualismo-colectivismo y estrés laboral.* Obtenido de *Psicología de la Salud*: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/774/1384>

OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas.* Obtenido de  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

OMS. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria.* Obtenido de  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)

OMS. (2012). *La depresión.* Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

OMS. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar.* Obtenido de  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

OMS. (Diciembre de 2013). *Salud Mental: un estado de bienestar.* Obtenido de  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

- ONU-PNUD. (2002). *Política dinámica de drogas: Comprensión y control de las epidemias de drogas*.  
Obtenido de  
<https://books.google.com.ec/books?id=yWfqWTLB08oC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Orcasita, L., y Uribe, A. (2012). *La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes*.  
Obtenido de *Psychologia: avances de la disciplina*:  
[file:///D:/Program%20Files%20\(x86\)/Canon/Downloads/182-579-1-PB.pdf](file:///D:/Program%20Files%20(x86)/Canon/Downloads/182-579-1-PB.pdf)
- Orozco, F. (2014). *Hacia una mejor comprensión de la satisfacción vital percibida: una revisión de la literatura sobre los factores asociados a la satisfacción vital de los inmigrantes (Tesis doctoral)*. Obtenido de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/113605>
- Ortiz, J. (2015). *Consecuencias del consumo de drogas opiáceas y opioides*. Obtenido de  
<https://www.institutoneurociencias.med.ec/guia-salud-mental/item/15007-trastornos-inducidos-drogas-opiaceas-opioides>
- Ostos Rosas, D. (2013). *stigma sentido en personas con VIH positivo propuesta de intervención analítica conductual*. Obtenido de  
<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/12508/1/OstosRosasDiana2013.pdf>
- Padilla, D., y Jiménez, M. (2014). *Experiencia Clínica de Psicoterapia Grupal Contextual en Adolescentes con Problemas Emocionales*. Obtenido de  
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n1a5.pdf>
- Parada, M. (2010). *Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol en jóvenes universitarios (Tesis doctoral)*. Obtenido de  
<https://books.google.com.ec/books?id=BwD79LOUE6MC>
- Páramo, M. (2009). *Adolescencia y Psicoterapia: Análisis de significados a través de grupos de discusión (Tesis doctoral)*. Obtenido de  
[https://books.google.com.ec/books?id=9VYEXtAti\\_4C&pg=PA36&dq=desarrollo+psicologico+adolescentes&hl=es-419&sa=X&ei=pKCNVfTtL4yx-AGC\\_4DAAg&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=desarrollo%20psicologico%20adolescentes&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=9VYEXtAti_4C&pg=PA36&dq=desarrollo+psicologico+adolescentes&hl=es-419&sa=X&ei=pKCNVfTtL4yx-AGC_4DAAg&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=desarrollo%20psicologico%20adolescentes&f=false)
- Patient Health Questionnaire PHQ Screeners. (2015). *PHQ-9*. Obtenido de  
[http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screeners=02\\_PHQ-9](http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screeners=02_PHQ-9)
- Pérez, N. (2011). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Obtenido de  
[https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang\\_es&id=3f2SOdgv3lcC&oi=fnd&pg=PA12&dq=etapas+del+desarrollo+humano&ots=ZAAInnPdxk&sig=eQmgzhD3qMctE-MB\\_3LF3Aw3-jA#v=onepage&q=sociales&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=3f2SOdgv3lcC&oi=fnd&pg=PA12&dq=etapas+del+desarrollo+humano&ots=ZAAInnPdxk&sig=eQmgzhD3qMctE-MB_3LF3Aw3-jA#v=onepage&q=sociales&f=false)
- Pérez, V., y Alfonso, O. (2014). *Caracterización biopsicosocial del consumo de drogas que afectan la conciencia y la personalidad en el Policlínico Docente " Ana Betancourt "*. Obtenido de *Revista Cubana de Medicina General Integral*: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi05114.pdf>

- Pilatti, A., Brussino, S., y Godoy, J. (2013). *Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos*. Obtenido de Revista de Psicología:  
<http://www.revistaderechopublico.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/27716/32004>
- Polaino-Lorrete, A., Cabanyes, J., y del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Madrid, España: Ediciones Rialp, S.A.
- RAE. (2014). *Personalidad*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=Personalidad>
- Redondo, C., Galdó, G., y García, M. (2008). *Atención al adolescente*. Santander, España: Publican - Ediciones de la Universidad de Cantabria.
- Reigal, R., y Videra, A. y. (2014). *Práctica física, autoeficiencia general y satisfacción vital en la adolescencia / Physical exercise*. Obtenido de Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, :  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661912/rimcafd\\_55\\_11.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661912/rimcafd_55_11.pdf?sequence=1)
- Restrepo-Restrepo, C., Alpi, S., y Quiceno, J. (2011). *Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia*. Obtenido de  
<http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a04.pdf>
- Reynoso, L., y Seligson, I. (2002). *Psicología y Salud* (Primera ed.). México, D.F.: UNAM.
- Riso, W. (2012). *El poder del pensamiento flexible*. Bogotá, Colombia: Océano.
- Rodríguez, C., González, M., Prado, S., Tena, R., Rodríguez, B., Colunga, J., y Juárez, C. (2013). *Funcionamiento familiar y consumo de drogas en adolescentes de bachillerato. Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental*. Obtenido de Vol II:  
[http://www.cucs.udg.mx/saludmental/files/File/Aportes%20Interdisciplinarios%20Vol\\_%20%20con%20ISBN-2013.pdf#page=147](http://www.cucs.udg.mx/saludmental/files/File/Aportes%20Interdisciplinarios%20Vol_%20%20con%20ISBN-2013.pdf#page=147)
- Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente* (Segunda ed., Vol. II). Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes, lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid, España: Tébar, S.L.
- Ruiz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A., y Beltrán, I. (2013). *Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The spanish version of the acceptance and action questionnaire - II*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/4090.pdf>
- Russell, D., Peplau, L., y Cutrone, C. (1980). *Revised UCLA loneliness scale*. Obtenido de  
[http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self\\_Measures\\_for\\_Loneliness\\_and\\_Interpersonal\\_Problems\\_UCLA\\_LONELINESS\\_REVISED.pdf](http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Loneliness_and_Interpersonal_Problems_UCLA_LONELINESS_REVISED.pdf)
- San Martín, J., y Barra, E. (2013). *Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes*. Obtenido de Terapia psicológica: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art03.pdf>

- Sánchez, M., García, J., Valverde, M., y Pérez, M. (2014). *Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos*. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527414000085>
- Serrano, M. (2002). *La Educación para la Salud Del Siglo XXI: Comunicación y Salud* (Segunda ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Siebert, A. (2007). *La resiliencia, construir en la adversidad*. Barcelona, España: Alienta.
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). *The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back*. Obtenido de <http://homepages.uwp.edu/crooker/745-resile/articles/smith-etal-2008-brs-indiv.pdf>
- Soler, E. (2006). *Constructivismo, innovación y enseñanza efectiva*. Caracas, Venezuela: Equinoccio.
- Soriano, M. (diciembre de 2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual 1,2. *Revista Internacional De Psicología y Terapia Psicológica*, 2(2), 176. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/748380882?accountid=45668>
- Sue, D., Sue, D. W., y Sue, S. (2011). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*. México: CENGAGE Learning.
- Torres, X., y Baillés, E. (2014). *Comprender el estrés*. Barcelona, España: Amat editorial.
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión* (Quinta ed.). Barcelona, España: Hispano Europea, S.A.
- Vega, A. (1993). *La acción social ante las drogas, propuestas de intervención socioeducativa*. Madrid, España: Narcea, S.A.
- Vega, O., y González, D. (2009). *Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision2.pdf>
- Vernieri, M. (2006). *Adolescencia y autoestima* (Segunda ed.). Buenos Aires, Argentina: Bonum.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., y Zapata, M. (2014). *Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico con cáncer pulmonar*. Obtenido de *Psicología y Salud*: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/805/1459>
- Virsedá, J., y Bezanilla, J. (2014). *Enfermedad y familia* (Primera ed., Vol. II). México, México: UNAM.
- Von Bargen, J. (2011). *Factores sociales y psicosociales asociados al consumo de drogas entre escolares de colegios rurales de la RM de Chile*. Santiago, Chile: Diplom.de.
- Whetten, D., y Cameron, K. (2004). *Desarrollo de habilidades directivas* (Sexta ed.). México, México: Pearson.
- Witkin, G. (2004). *Manual de supervivencia para mujeres con estrés*. Barcelona, España: Amat Editorial.

Yubero, S., Serna, C., y Larrañaga, E. (2009). El fracaso escolar como una forma de exclusión social. En S. Yubero, E. Larrañaga, y J. Morlaes, *Exclusión: nuevas formas y nuevos contextos*. La Mancha, España: Universidad de Castilla-La Mancha.

Yuni, J., y Urbano, C. (2005). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital* (Primera ed.). Córdoba, Argentina: Brujas.



## ANEXOS