



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de Primero y Segundo año de bachillerato en una unidad educativa de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, 2015 perteneciente a la zona 8, distrito 09D03, circuito C01_02_03.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: León Haro, Digna Narcisa

DIRECTORA: Zabaleta Costa Luz Ivonne, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2016

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Zabaleta Costa Luz Ivonne

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de Primero y Segundo año de bachillerato en una unidad educativa de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, 2015 perteneciente a la zona 8, distrito 09D03, circuito C01_02_03**, realizado por León Haro Digna Narcisa, ha sido orientado y revisado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja,....., 2016

f) -----

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo León Haro, Digna Narcisa declaro ser autora del presente trabajo de titulación: **Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de Primero y Segundo año de bachillerato en una unidad educativa de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, 2015 perteneciente a la zona 8, distrito 09D03, circuito C01_02_03**, de la Titulación de Psicóloga Clínica siendo Mgtr. Luz Ivonne Zabaleta Costa, 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 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.....

Autora: León Haro Digna

Cédula: 0925971129

DEDICATORIA

Dedico esta tesis al amor de mi vida, mi amiga, mi compañera y mi estandarte; DIANA ESTEFANÍA TOLEDO LEÓN, mi hija. Eres y siempre serás la razón de mi vida y el porqué de esta meta alcanzada.

AGRADECIMIENTO

Principalmente quiero agradecerle a Dios por la oportunidad que me dio de ser madre, gracias a su voluntad y guía estoy en esta etapa de mi vida.

A mi hija Diana por entregarme el amor más puro que he conocido, por enseñarme lo que significa amar, gracias por todos los días que no pude dedicarte el tiempo merecido y por esas largas noches en las que me despertabas para que siga estudiando, gracias por tu apoyo incondicional y por cada palabra de aliento que evocaste en los ratos de flaqueza, sin tu apoyo esto no sería una realidad.

A Maura, mi madre, por apoyarme siempre y por enseñarme que las lágrimas no resuelven problemas. A Efraín, mi padre, por enseñarme a ser responsable de mis actos, porque hoy después todo el esfuerzo que hice para pagar mis estudios valoro y me aferro a este momento, por ser la culminación de mi carrera profesional que demuestra, con esfuerzo todo es posible.

A la Institución Educativa que me dio la apertura necesaria para poder realizar mi tesis con sus estudiantes.

Agradezco a la UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, a la facultad de Psicología, en su modalidad a distancia, por brindarme la oportunidad de convertirme en profesional, a cada uno de los docentes que estuvieron a cargo de la carrera por su paciencia y dedicación en mi proceso de enseñanza- aprendizaje, gracias por sus palabras de aliento y por motivarme a cada paso a continuar en este maravilloso camino del saber.

Un agradecimiento especial a mi Directora de tesis Mgtr. Luz Ivonne Zabaleta Costa, por su paciencia y disponibilidad para ayudarme a resolver las dificultades presentadas, al equipo que dirigió este proyecto por estar presente durante el desarrollo de esta investigación ya que su contribución hizo más sencillo este proceso, y al grupo de compañeros que conformamos el pensum de asignaturas porque durante estos meses no hemos convertido en amigos, gracias por su apoyo y por demostrarme que aun sin conocernos y a distancia se pueden crear lazos de amistad.

Mi cariño y consideración eterna

Digna León Haro

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1. Salud mental.....	4
1.1.1. Definición de Salud Mental.	4
1.1.2. Factores asociados a la salud mental.	4
1.1.2.1. Personalidad.	5
1.1.2.2. Estrés.....	5
1.1.2.3. Apoyo Social.	6
1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.	7
1.1.2.5. Compromiso vital.	8
1.1.2.6. Resiliencia.	8
1.1.2.7. Ansiedad y depresión.	9
1.1.2.8. 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.....	15
1.3. Adolescentes	18
1.3.1. Desarrollo biológico.	18
1.3.2. Desarrollo social.	19
1.3.3. Desarrollo psicológico.	21

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	24
2.1. Objetivos:	25
2.1.1. General.....	25
2.1.2. Específicos	25
2.2. Diseño de investigación.....	25
2.3. Contexto	25
2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	27
2.5.1. Métodos.....	27
2.5.2. Técnicas	28
2.5.3. Instrumentos.....	28
2.7. Procedimiento.....	29
2.8. Recursos.....	32
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS.....	33
3.1. Datos psicosociales	34
3.2. Análisis de resultados	35
3.3. Análisis de resultados respecto al género femenino	43
3.4. Análisis de resultados respecto al género masculino	50
3.3. Discusión de resultados	57
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	71

RESUMEN

El presente proyecto investigativo analiza la distribución de variables psicosociales relacionadas con el consumo de sustancias y la salud mental en 44 adolescentes de entre 14 a 17 años (22 mujeres y 22 hombres) de primero y segundo años de bachillerato de una unidad educativa de la ciudad de Guayaquil, Ecuador; para lo cual se ha aplicado una batería de instrumentos que determinan los factores de riesgo y de protección como predictores de la salud mental y del consumo problemático de sustancias, siendo las variables consideradas: estrés percibido, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, inflexibilidad psicológica, personalidad tipo A; resiliencia, aislamiento social, depresión y ansiedad; y, satisfacción vital.

Los resultados de los datos recolectados muestran una relación significativa entre las variables evaluadas y la salud mental de los adolescentes de ambos sexos, así como con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, observándose que la mayoría de variables actúan como factores protectores, a excepción de la percepción de soledad que mostró una ligera tendencia como factor de riesgo tanto para varones como para mujeres.

Palabras clave: Adolescentes, salud mental, consumo problemático de sustancias, variables psicosociales, factores de protección, factores de riesgo.

ABSTRACT

This research project analyzes the distribution of psychosocial variables related to substance use and mental health in 44 adolescents aged 14 to 17 years (22 women and 22 men) of first and second years of high school an educational unit of the city Guayaquil, Ecuador; to which has been applied a battery of instruments that determine the risk factors and protective as predictors of mental health and problematic substance use variables being considered: perceived stress, alcohol, snuff and other drugs, inflexibility psychological, personality type A; resilience, social isolation, depression and anxiety; and life satisfaction.

The results of the collected data show a significant relationship between the variables evaluated and mental health of adolescents of both sexes, as well as alcohol, snuff and other substances, noting that most variables act as protective factors, except for the perception of loneliness that showed a slight tendency as a risk factor for both men and women.

Keywords: Adolescents, mental health, problematic substance use, psychosocial variables, protective factors, risk factors.

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, al igual que el resto de países se han registrado niveles de consumo de sustancias considerables en adolescentes, por ello se estima que su uso entre los estudiantes forma parte de un hábito perjudicial que puede generar graves consecuencias para su salud mental, convirtiéndose en un problema de salud pública que afecta significativamente a la población, por lo cual resulta importante realizar investigación que analice las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en adolescentes.

La presente investigación ha sido realizada en 44 estudiantes (22 mujeres y 22 hombres) de entre 14 a 17 años, de Primero y Segundo año de bachillerato de una unidad educativa de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, 2015, tomando en consideración los datos de la Cuarta Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en estudiantes de 12 a 17 años del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas (CONSEP, 2012), que muestra un consumo problemático de sustancias en la ciudad de Guayaquil, pues este grupo etario registra un consumo de alcohol ocasional del 16,64% frente al consumo regular de 6,75% del resto de la población. Asimismo, el consumo de tabaco ocasional es del 3,59% frente al consumo regular de 1,01%. Además, se presentan datos de un consumo de otras drogas ocasional del 1,95% frente a un consumo regular de 0,36%.

En base a estos datos y al proceso de investigación realizado, se ha estructurado el presente informe en tres capítulos. El primera capítulo, desarrolla el marco teórico que fundamenta el estudio, presentando como primer tema los conceptos asociados a la problemática estudiada, de modo que se definen: el concepto de salud mental, factores asociados a la salud mental como personalidad, estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad y depresión; y, satisfacción vital. El segundo tema hace referencia al consumo problemático de sustancias, el consumo problemático de alcohol, las causas y las consecuencias de dicho consumo. Y un tercer tema, aborda la adolescencia, enfocándose en los desarrollos biológico, social y psicológico del adolescente.

El segundo capítulo, se refiere a la metodología, y en esta se incluye: el objetivo general, los objetivos específicos, el diseño de la investigación, el contexto de la misma, la población, la muestra, los métodos, la técnicas e instrumentos usados; así como se detalla el procedimiento y los recursos utilizados para la ejecución del presente proyecto.

En cuanto al tercer capítulo, se analizan en este, los datos obtenidos mediante los cuestionarios y tests aplicados, llevándose a cabo luego una discusión de estos, presentándose finalmente las conclusiones y recomendaciones.

Entre los objetivos que se plantean están: analizar la distribución de las variables psicosociales consideradas como predictores de la salud mental y de consumo problemático de sustancias, elaborar un informe de resultados en base a los resultados obtenidos, entregándolo posteriormente a la institución educativa.

En cuanto a la metodología empleada, esta se lleva a cabo mediante un método descriptivo, estadístico y transversal, que permite explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias por medio del empleo de bibliografía especializada y de los resultados obtenidos en la investigación de campo, permitiendo también que estos sean procesados, tabulados y organizados, dando lugar a la obtención de tablas y gráficos que facilitan la interpretación de la relación protectora o de riesgo de las variables investigadas.

Con respecto a la importancia de este estudio, se puede afirmar que determinar la relación entre la variables estudiadas, el bienestar psicológico y el consumo problemático de sustancias resulta de interés porque permite conocer los motivos que mueven a los adolescentes a un comportamiento dado, permitiendo a partir de allí que se pueda intervenir con medidas preventivas en función de las variables que han sido analizadas.

Tomando como fundamento la información obtenida, se hacen propuestas de planes y programas psicoeducativos que provean a los estudiantes, padres de familia, y docentes de la unidad educativa, herramientas para afrontar un comportamiento de uso problemático de sustancias, desde el punto de vista de las variables consideradas, de modo que se promueva un estado satisfactorio de salud mental en la población adolescente de la unidad educativa. Para ello, se sugieren diversas técnicas y métodos como mesas redondas, charlas informativas, grupos de discusión, escuela para padres, reuniones de capacitación.

Es digno de poner en relieve, que el presente proyecto ha sido factible gracias a la colaboración de las autoridades, docentes, padres de familia y estudiantes de la unidad educativa, quienes proporcionaron los recursos para llevar a cabo la investigación, y sobre todo a la Universidad Técnica Particular de Loja y el área de titulación de la carrera de Psicología, que con su guía y asesoramiento permanente, facilitaron los medios para el cumplimiento de los objetivos propuestos y la culminación exitosa del proyecto.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Salud mental

1.1.1. Definición de Salud Mental.

El término “salud mental” recibe varias propuestas de definición, determinadas principalmente del área de conocimiento a la que pertenece el autor y del medio en que se desenvuelve.

Es así que, Herrera (2012) manifiesta que la salud mental es parte de un complejo fenómeno definido por una serie de factores biológicos, sociales y psicológicos. Su ausencia puede dar lugar a una serie de patologías y padecimientos que incluyen depresión, ansiedad, demencias, esquizofrenia, trastornos del desarrollo en la infancia entre otros.

Por su parte, Escadón (2012) expresa que la Salud Mental es definida como: “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y en su último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”(p. 16)

De igual manera, Meninger (2012) manifiesta que la Salud Mental se refiere al dominio del ambiente manifestado entre áreas cruciales de la vida, como lo son el ocio, el trabajo y el amor.

Finalmente, de acuerdo con la OMS (2014) la Salud mental es:

No sólo la ausencia de trastornos mentales, sino 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 (p. 1)

Se podría concluir que, los conceptos de salud mental incluyen competencia, bienestar subjetivo, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de los sujetos para realizarse intelectual y emocionalmente expresado a través del nivel de bienestar subjetivo que cada una de ellas experimenta a lo largo de su vida.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental.

Varios son los factores que influyen sobre la salud mental, entre ellas encontramos las funciones psicológicas que influyen sobre el comportamiento de la persona, y afectan el equilibrio mental y

por ende su salud. Por ejemplo, Salgado (2015) expresa que los factores asociados a la salud mental son parte de un pilar fundamental que inciden e impactan sobre los resultados de la salud en general que incluyen los factores psicosociales, conductuales y biológicos, al igual que los factores ambientales y genéticos. A continuación se dan a conocer de manera más detallada los factores que inciden directamente sobre la salud mental.

1.1.2.1. Personalidad.

La personalidad define a la persona, y lo diferencia de sus semejantes. Dar un concepto de que es desde el punto de vista psicológico ha sido tarea de varios autores desde el inicio de la psicología como ciencia.

De ese modo, Szerman (2010) manifiesta que la personalidad es parte de un conjunto de rasgos que otorgan la individualidad al sujeto, haciéndolo original e irrepetible. De igual manera la personalidad según el autor es un conjunto de características que definen a una persona involucrando sus actitudes, pensamientos, sentimientos, hábitos y conductas. Por su parte, Gómez (2012) ante ello expone que dicha manera de actuar es el resultado de factores ambientales, culturales, familiares y de educación, percibidos a lo largo de la vida, siendo sus principales figuras los padres, amigos y profesores.

En conclusión, la personalidad hace referencia a una serie de constructos psicológicos que incluyen pensamientos, sentimientos y conductas, los cuales permiten que cada individuo actúe de manera diferente y determinada en relación a las circunstancias en el transcurso de su existencia.

1.1.2.2. Estrés.

El estrés es uno de los factores estrechamente relacionados con el bienestar o malestar de un individuo, y se lo asocia con la salud mental desde el siglo pasado, especialmente en la cultura occidental.

En cuanto a este tema, Orlandini (2012) explica que el estrés forma parte de un respuesta adaptativa en relación a las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual surge a causa de una acción, situación o evento externo que plantean al sujeto una serie de demandas físicas y/o psicológicas que son utilizadas como parte de un mecanismo de defensa que conllevan al individuo a un conjunto de reacciones de adaptación del organismo.

En el mismo orden de ideas, Macías (2013) expresa que: “entre los factores desencadenantes del estrés, también denominados como estresores, puede mencionarse a cualquier estímulo, ya sea externo o interno, que, de manera directa o indirecta, favorece la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo”. (p. 134)

En suma, el estrés forma parte de una reacción fisiológica del organismo en la que influyen una serie de mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada, por lo tanto se podría decir que el estrés es una manera de reaccionar ante un desafío, sea éste de tipo positivo o negativo.

1.1.2.3. Apoyo Social.

Durante los últimos años se ha desarrollado un interés especial hacia el denominado “apoyo social”, debido al importante papel que se le ha dado en las últimas décadas a los efectos de las relaciones sociales sobre la salud del individuo.

Por ejemplo, López (2010) explica que el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo, familia o institución especializada para lograr la superación de una determinada crisis. Por su parte, Sánchez (2010) explica que fue desde los años 70 que se produjo un alto interés por el apoyo social relacionado con la salud mental, realizándose una serie de investigaciones que han contribuido al mejoramiento de la misma en un ese tiempo.

El apoyo social ha demostrado poseer una influencia positiva sobre la salud mental y física que ha ido evolucionando con el pasar de los tiempos, razón por la cual, Gómez (2012) manifiesta que este factor se ha convertido en la actualidad en un concepto cada vez más popular, al igual que se ha transformado en una importante y útil herramienta de trabajo para el estudio de los factores psicosociales relacionados con la salud mental.

Similarmente, Ortego (2010) indica que numerosos estudios han demostrado que el apoyo social puede ser un importante promotor de la salud, ya que se lo ha asociado con un descenso considerable en el riesgo de la mortalidad, por lo tanto el autor expresa que el vínculo entre apoyo social y los resultados de la salud tanto física como psicológica se encuentran reconocidos ampliamente en la literatura científica, es así que su ausencia equivale a otros factores de riesgo como obesidad – bajos niveles de actividad; fumar – presión sanguínea entre otros.

Por su parte, Maté, González, y Trigueros (2010), manifiestan que el apoyo social es brindado en principio por las redes sociales primarias y naturales como son la familia, los amigos y allegados, los compañeros de trabajo, los vecinos, los compañeros espirituales, etc.; y en segundo término por las redes sociales organizadas como las instituciones sanitarias, centros de acogida, de voluntariado, y la Seguridad Social.

En definitiva, el apoyo social es parte de un conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un sujeto para lograr la superación en determinada crisis, y por lo tanto los sistemas de apoyo social pueden estar conformadas por la familia, amigos y demás allegados, compañeros de trabajo, organizaciones especializadas, entre otras.

1.1.2.4. Inflexibilidad psicológica.

Otro factor de alta influencia en la salud mental es la inflexibilidad psicológica, que ha sido recientemente considerada como un factor importante para la estabilidad de la salud mental tanto en adultos como en adolescentes.

A este respecto, Valdivia (2012) da a conocer que la inflexibilidad psicológica es la incapacidad que posee el individuo para ajustar el comportamiento sobre la base de su utilidad aun cuando este cambio es necesario. La inflexibilidad psicológica según el autor nace de la evitación experiencial, el enredo cognitivo, el apego a un self conceptualizado e inclusive de la pérdida de contacto con el presente y la falla en comprometerse con los aspectos conductuales necesarios en función de los valores propios, provocando de esta manera afectaciones significantes a la salud mental.

Por su parte, Hernández (2014) explica que la inflexibilidad psicológica o el trastorno de evitación experiencial, ocurre cuando la persona no se encuentra dispuesta a entrar en contacto con experiencia privadas aversivas, ya sean estos recuerdos, pensamientos, sensaciones, entre otros, evidenciando un comportamiento alterado para cambiar la forma o la experiencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal.

También, Vargas (2012) añade que la inflexibilidad psicológica puede llegarse a convertir en una gran dificultad cuando imposibilita a la persona a llevar a cabo sus diversas labores cotidianas.

Brevemente, se podría decir que la inflexibilidad psicológica, se origina en la incapacidad para ajustar el comportamiento a la conquista de fines deseados. Ya que la evitación experimental

forma parte de un importante papel en la conducta de los sujetos en la medida en que estos decidan seguir la regla de escapar o evitar el malestar a través del consumo de drogas u otras sustancias para sentirse bien de inmediato y así poder continuar con sus vidas.

1.1.2.5. Compromiso vital.

El concepto de compromiso vital es otro factor que afecta la salud mental de las personas, y su origen está vinculado con la propuesta teórica de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la cual relaciona la conciencia del aquí y el ahora con las acciones promovidas por los valores personales (Hayes, 1999).

Es así que para Álvarez (1999) el compromiso vital hace referencia a:

La implicación con la meta elegida, a la actitud de elegir el camino vital en función de los valores personales propios de manera que esa “realidad psíquica individual” que cada uno de nosotros construimos, se convierta en un compromiso vital lleno de sentido.

En otras palabras, los valores personales se relacionan con el compromiso que el individuo tiene con las situaciones vitales, fortaleciéndolo. Por ende, Pastor (2012) menciona que consolidar los valores positivos que tenga el individuo y relacionarlos con las relaciones personales, el trabajo, y el ocio, favorece el establecimiento de las capacidades potenciales que posee el ser humano para enfrentar la vida de una manera provechosa, promoviendo un estado de satisfacción mental y física que se correlaciona con la salud en general.

1.1.2.6. Resiliencia.

Según, Saéz (2013), el término resiliencia fue acuñado por Sir Michael Rutter, en los años 70 del siglo XX, con el propósito de superar el concepto de invulnerabilidad psicológica que imperaba por entonces, usando para ello, los datos que se tenían sobre las diferencias individuales en situaciones de riesgo, los estudios sobre temperamento, y las diferencias individuales mostradas al enfrentar situaciones vitales.

En consecuencia, Bosch (2012) da a conocer que la palabra “Resiliencia” forma parte de un vocablo nuevo cuyo uso está siendo cada vez más frecuente y es conocida como la capacidad que presenta el ser humano para hacer frente a las diferentes adversidades de la vida.

De modo similar, Becoña (2010) revela que la palabra Resiliencia nace del latín “resilio” el cual significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar; por otra parte el autor manifiesta que la palabra Resiliencia también hace referencia a la capacidad que posee un material para recobrar su forma original después de haberse sometido a un período de presión deformadora.

A este respecto, García (2012) añade que la psicología positiva considera a los problemas como desafíos que son enfrentados y superados por los individuos gracias a la existencia de la resiliencia, de igual manera según el autor, la resiliencia está vinculada a la autoestima por lo que resulta fundamental trabajar con los niños desde edades tempranas para que durante su crecimiento puedan desarrollar sanamente esta capacidad.

Finalmente, dicha palabra en psicología ha sido relacionada con la habilidad para afrontar exitosamente el estrés y los eventos adversos procedentes de la interacción de diversos elementos en la vida de los sujetos, es por ello que se ha llegado a considerar a la Resiliencia como un equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés, contribuyendo de esta manera a una mejor salud mental.

1.1.2.7. Ansiedad y depresión.

De acuerdo a Mingote, Requena y Álvarez (2008), las demandas sociales y la toma de conciencia de sí mismo, que son factores propios del desarrollo durante la adolescencia, y afectan la manera en que el individuo se ve a sí mismo y se valora; y cuando esta valoración resulta negativa, suelen afectar la autoestima, la satisfacción personal, la manera que enfrenta el fracaso y las situaciones estresantes, provocando muchas veces malestar físico y mental, caracterizado en muchas ocasiones por ansiedad y depresión. (pp. 18-19)

Por su lado, Navas (2012) define la ansiedad como parte de una “emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales” (p. 498). Se mencionan entre los cambios fisiológicos que preparan para la defensa o huida: el incremento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la tensión muscular y la respiración, sumando a ello el aumento de la actividad simpática como temblor, sudor, diarrea y poliuria.

Empero, se puede decir que la ansiedad y la depresión son consideradas como dos de los trastornos mentales más frecuentes en la población en general, ya que causan una serie de

afecciones a corto y largo plazo, tendiendo a reproducir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno de sí mismo, influyendo directamente en la capacidad de análisis del individuo, al igual que en su funcionalidad, afectando de esta manera la salud mental.

1.1.2.8. Satisfacción Vital

Otro factor considerado como parte integral de la salud mental es la satisfacción vital, que de acuerdo a Pavot, Diener, Colvin, y Sandvik (1991), se define como “una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas” (p. 149).

A este respecto, Barra (2012) manifiesta que dentro del componente del concepto de bienestar subjetivo la satisfacción vital forma parte de los elementos más importantes cognitivos y corresponde a la evaluación global en relación a la satisfacción general de la propia vida. Es por ello que, según el autor, los altos niveles de satisfacción vital tienden a mostrar mayores niveles de funcionamiento en las áreas interpersonal y en el área escolar, mientras que aquellos que se muestran insatisfechos presentan dificultades significativas que incluyen conductas agresivas y una serie de pensamientos discordantes.

Por su lado, Moyano (2010) menciona en relación a los predictores de la satisfacción vital, variables como el sexo y la edad aportan de forma significativa al nivel de determinación vital global de los sujetos. Por otra parte, Pérez (2013) añade que la satisfacción vital se encuentra estrechamente relacionada con la autoestima en distintas poblaciones, incluyendo los adolescentes, siendo la alta autoestima uno de los sesgos positivos que contribuirían a la estabilidad en los reportes de satisfacción a lo largo del tiempo.

En resumen, se podría decir que la satisfacción vital forma parte de una dimensión psicológica clave del bienestar, refiriéndose al estado del individuo en el que se encuentran satisfechas las necesidades tanto objetivas como subjetivas, dichas dimensiones pueden ser percibidas como parte de juicios que realizan las personas sobre sí mismas al igual que las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones, siendo generalmente valoradas en cinco dimensiones que incluyen: la congruencia entre los logros deseados y los obtenidos; el entusiasmo; el tono emocional; el auto concepto; y, resolución y fortaleza.

1.2. Consumo de drogas

1.2.1. Consumo problemático de drogas.

La OMS (2010) define a las drogas como:

Las sustancias psicoactivas naturales o sintéticas que ingresan en nuestro organismo (fumadas, tomadas, inhaladas o inyectadas), que actúan a nivel del sistema nervioso central produciendo modificaciones en nuestra conducta, comportamientos, percepción, estado de ánimo y el propio funcionamiento del organismo. (p. 12)

Ante ello, la misma organización considera que el uso consumista ha ido en continuo aumento promovido por la publicidad, la moda y el estilo de vida postmoderno.

En consecuencia, Camarotti (2013) menciona que el consumo de drogas sigue siendo, en la actualidad, una de las principales causas de daño considerable para la salud, reflejándose en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de una gran cantidad de personas.

En el mismo orden de ideas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014) define al consumo problemático de drogas como el consumo desmedido de estupefacientes que con el pasar del tiempo puede ocasionar una serie de consecuencias sociales, físicas, psíquicas y biológicas a corto y largo plazo. De igual manera, esta oficina revela que el consumo problemático de drogas en consumidores habituales y personas que padecen de trastornos del consumo o dependencia, se ha mantenido en una cifra situada entre los 16 y los 39 millones de personas, sin embargo las estadísticas demuestran que tan solo uno de cada seis consumidores tiene las posibilidades de obtener tratamiento especializado de drogodependencia cada año y es justamente en este instante que el consumo atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida.

A este respecto, Gálido (2010) da a conocer que una de las características principales de las drogas, dentro de un período de consumo problemático, se encuentra relacionado con la capacidad que estas poseen para generar dependencia en el individuo pudiendo ocasionar inclusive el abuso de dicha sustancia.

En consecuencia, el término de abuso de sustancias se encuentra dentro de los trastornos inducidos por sustancias del Manual DSM-IV y la clasificación CIE-10, en el que ambos

diagnósticos hacen referencia a cualquier consumo de drogas que posea consecuencias negativas a nivel orgánico, psicológico, familia, legal o social.

1.2.2. Consumo problemático de alcohol.

La familia, como unidad social intermedia entre la comunidad y el individuo, se convierte en parte de un medio que puede influenciar de forma favorable o desfavorable en el proceso de salud enfermedad. Cada una de las funciones que desempeña la familia (funciones biológica, económica, educativa, satisfacción de necesidades afectivas y espirituales) son de marcada importancia a causa de que en ellas se desarrollan los diferentes criterios, valores, creencias y conocimientos que determinan la salud de los individuos, por lo tanto, al adquisición de una enfermedad como lo es el alcoholismo puede afectar significativamente la dinámica del grupo familiar.

Por ejemplo, Gómez (2011) manifiesta que, desde que se dio la producción y consumo de alcohol, los seres humanos se dividen en dos grupos específicos, los que toman, y los que no; y en consecuencia cada grupo representa la mitad de la población mundial. Según la OMS (2015) el consumo de alcohol es:

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

Es por ello que el alcoholismo es una enfermedad crónica que perjudica significativamente el organismo, el funcionamiento familiar y social, al igual que puede ser la causa principal de violencia, conductas antisociales, homicidios, accidentes, desavenencias familiares, entre otros.

A este respecto, Gómez (2011) expresa que en la actualidad, a causa de la decisión personal, por fácil adquisición o por aceptación social, se ha dado un incremento significativo del consumo de bebidas alcohólicas en personas de todas las edades, sin embargo se ha determinado que son la etapa de la adolescencia y la juventud las que pueden favorecer a las conductas de consumo de alcohol, ya sea a causa de la reafirmación de la independencia, la virilidad o la libertad en la toma de decisiones lo que motiva a los adolescentes a integrar dentro de su estilo de vida el consumo de dicha sustancia.

Se observa entonces, consecuencias negativas en la población joven, que según Gutiérrez (2010) se encuentran relacionadas a alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, junto con un bajo rendimiento escolar, agresión, violencia, alteraciones del orden público junto con conductas de alto riesgo como conducir ebrio, llevar a cabo actos ilícitos o actos que conllevan a embarazos no deseados.

Se puede decir que, el consumo de alcohol es parte de un hábito que conforma los llamados “estilos de vida” y está culturalmente aceptado en una gran parte de países occidentales, por lo tanto éste no forma parte de un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por las diferentes normas sociales y por el contexto actual. Finalmente el consumo de alcohol puede ser el inicio de una secuencia de conductas adictivas, secuencia que se inicia con la ingesta de drogas legales para posteriormente acudir a las ilegales.

1.2.3. Causas del consumo de drogas.

El consumo de drogas forma parte de un fenómeno que, como todos los problemas humanos posee una serie de causas que pueden ser individuales, sociales, familiares e inclusive institucionales. Por lo tanto, son varias las situaciones y las circunstancias que pueden conducir a un individuo a consumir drogas, sin embargo los especialistas han identificado algunos de ellos como las razones más frecuentes.

Por ejemplo, Barragán (2010) da a conocer que los factores promotores del consumo son interdependientes el uno del otro, lo que quiere decir que la presencia de uno de los factores puede provocar la activación de otros, por lo tanto, la calidad y las características de la familia se han considerado como los principales ejes de influencia sobre el desarrollo de la personalidad del niño, es así que cuando la familia no está organizada se promueven los hábitos permisivos, falta de comunicación y la desintegración tanto de la pareja como del hogar, al igual que serán de influencia negativa la ausencia de la figura de autoridad, la limitada participación de los padres de familia en la formación de sus hijos y las relaciones familiares que estimulen la dependencia.

De igual manera, Insulza (2012) expresa que otras de las causas por las que se promueve el consumo de drogas está relacionado con los factores de riesgo sociales, entre éstos factores se encuentra una serie de elementos que motivan al individuo al consumo, entre ellos se hace referencia al grupo de pares, amigos íntimos adictos, disponibilidad cercana a las drogas, déficit de valores y ausencia de alternativas recreativas.

Por otro lado, partiendo del sistema educativo, también se han identificado factores que contribuyen a elevar el consumo entre los estudiantes y estos son: la primacía de lo académico sobre lo humano, las continuas jornadas escolares, la ausencia de comunicación estudiante – docente, manejo inadecuado de la disciplina, entre otros, forman parte de los elementos que pueden influenciar directamente sobre el consumo de sustancias psicoactivas y psicotrópicas.

De manera más sistemática, el Servicio de Prevención de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid (Madridsalud.es, 2015, p. 9-13), clasifica y describe los factores causales del consumo de la siguiente manera:

- Factores micro sociales, que pueden ser:
 - factores relacionados con el ámbito familiar, como una baja cohesión familiar, un clima afectivo inadecuado, el estilo educativo familiar, el consumo de drogas en el ámbito familiar, que crea modelos a los cuales imitar, en especial si se trata de figuras significativas como padres o hermanos mayores,
 - factores relacionados con el ámbito escolar, como la falta de integración escolar y el consumo en el medio escolar,
 - factores relacionados con el grupo de iguales, como la presión del grupo de amigos,
 - factores relacionados con el ámbito laboral, como jornadas de trabajo frecuentemente prolongadas, rotación de horarios, estrés laboral, sobrecarga de trabajo, pocas posibilidades de promoción, el tipo de tarea, y el ambiente laboral
- Factores macrosociales, que pueden ser:
 - disponibilidad de la sustancia,
 - actitudes de tolerancia, hacia determinadas sustancias, como el alcohol y el tabaco,
 - el sistema colectivo de valores, que aqueja a la sociedad,
 - el culto al dinero, el poder y el éxito, que pueden llevar al consumo de sustancias como señal de mayor estatus,
 - el hedonismo y el escepticismo,
 - el individualismo y la falta de solidaridad,
 - falta de recursos o facilidades para el empleo saludable del tiempo libre,
 - la planificación urbanística, en forma de hacinamiento, invasiones, y barrios mal planificados,

- la publicidad de drogas legales, como el alcohol y el tabaco,
- inadecuado discurso social,
- Identificación del usuario de sustancias con el delincuente juvenil,
- Comunicación parcial del término “droga”, principalmente por los medios de comunicación de masas, asociándolo a las sustancias ilegales y no a aquellas consideradas legales,
- Victimismo, que exagera el papel de la sustancia en el consumo problemático y la adicción, quitándole responsabilidad al consumidor sobre sus actos,
- Visión represiva,
- Búsqueda del impacto, que sucede cuando la población es informada de los enormes beneficios del tráfico de sustancias, por ejemplo.

En suma, se podría decir que existe una gran diferencia en el uso de sustancias ya que generalmente son los varones quienes presentan conductas más precoces, sin embargo es importante destacar que estas desigualdades de género en la actualidad han ido disminuyendo a lo largo del tiempo, llegando a presentar casi ningún nivel de diferencia.

1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas.

El consumo y abuso de sustancias psicotrópicas forma parte de un fenómeno de salud que afecta a todos los países pues provoca una serie de nefastos efectos tanto de morbilidad como de mortalidad, al igual que provoca una serie de efectos negativos sobre el consumidor, su familia y la sociedad.

A este respecto, Barros (2013) manifiesta que un amplio porcentaje de los adolescentes que inician el consumo de drogas inician con el tabaco y el alcohol, para posteriormente experimentar con otras sustancias que provocan a corto o largo plazo (según las características de la persona) una serie de alteraciones físicas, psicológicas y sociales.

De modo similar, el consumo de drogas según la Guía Clínica AUGE (2013), representa una conducta de riesgo para la salud y el desempeño social de la persona que lo consume ya que pueden encontrarse relacionadas con traumatismos intencionales y no intencionales, importantes pérdidas económicas, sufrimiento y empobrecimiento familiar y social, junto con el cometimiento de delitos, sexo inseguro y entre otras circunstancias que ponen en riesgo tanto la vida de quien ha consumido con de terceros y la sociedad en general.

Asimismo, investigaciones llevadas a cabo por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC ,2014) revelan que el consumo de drogas es la responsable de la pérdida de 183.000 hombres y mujeres a nivel de Latinoamérica durante el año 2012 siendo la mayor carga de la enfermedad en personas de edades entre los 20 a los 44 años, sin embargo, a pesar de que el cálculo es inferior al obtenido en el 2011, dicha reducción puede encontrarse relacionada con el número menor de fallecimientos que indican algunos países de Asia. Por otro lado la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014) explica que a nivel mundial se calcula que en el año 2012 entre 162 y 324 millones de personas en edades comprendidas entre 15 y 64 años consumieron al menos alguna vez un tipo de droga ilícita.

Es así que, los diferentes tipos de drogas provocan distintos efectos sobre el sistema nervioso, unas ocasionan efectos excitantes, mientras que otros provocan efectos depresores, unas aceleran el funcionamiento mental, mientras que otras lentifican y distorsionan la realidad, por lo tanto, cada una de las sustancias interfieren directamente sobre el correcto funcionamiento del sistema nervioso y provocan una alteración significativa de las capacidades, modificando la manera de pensar, funcionar, relacionarse ante los demás y de enfrentarse a los desafíos de la realidad.

De acuerdo a Barros (2013), cuando un sujeto comienza a experimentar con drogas sufre efectos característicos a corto plazo y si ha sido un consumidor recurrente se producen una serie de efectos a largo plazo que afectan significativamente la vida de las personas. Tales efectos pueden ser:

- A corto plazo:
 - Euforia
 - Desinhibición
 - Alteraciones de la percepción
 - Alteraciones de la memoria
 - Aumento o inhibición del apetito
 - Resequedad de la boca
 - Ojos brillantes y enrojecidos
 - Taquicardia
 - Sudoración
 - Somnolencia
 - Descoordinación de los movimientos

- Sociabilidad
- Deshidratación
- A largo plazo:
 - Afectaciones sobre el sistema respiratorio y circulatorio
 - Variedad de cánceres
 - Daños en el tubo digestivo
 - Esquizofrenia
 - Trastornos neurológicos y psiquiátricos
 - Perforación del tabique nasal
 - Infarto de miocardio
 - Accidente cerebral
 - Trastorno de inapetencia sexual
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Alteraciones de la personalidad
 - Insuficiencia renal y hepática
 - Hemorragias e infarto
 - Riesgo de suicidio
 - Reparición de alucinaciones sin previo consumo

Por lo tanto, el consumo perjudicial es una forma de consumo que está afectando a la salud física o mental, mientras que el síndrome de dependencia se caracteriza por la máxima prioridad que le da el sujeto al consumo.

En consecuencia, las causas por las cuales los individuos acuden a la ingesta de alcohol se encuentra agrupada en dimensiones que reflejan su valencia (positiva o negativa) y el origen (interno o externo); es decir, los individuos pueden beber alcohol para obtener resultados positivos (reforzamiento positivo) o para evitar uno negativo (reforzamiento negativo), sin embargo, beber puede deberse a la búsqueda intensa de una recompensa interna (manejar estados emocionales) o por buscar obtener recompensas externas (aprobación o aceptación social).

1.3. Adolescentes

1.3.1. Desarrollo biológico.

El desarrollo es parte de un proceso en el cual los seres vivos logran una mayor capacidad funcional de sus sistemas por medio de fenómenos de maduración, diferenciados e integrados. Por ende, Pasqualini (2010) expone que el crecimiento es un proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se lleva a cabo debido al aumento de células o de masa celular. Estos cambios se producen debido a la maduración del hipotálamo, la estimulación de los órganos sexuales y la secreción de los mismos. Similarmente, uno de los elementos empleados para evaluar el desarrollo durante la adolescencia es la valoración de los caracteres sexuales secundarios tomándose en consideración el crecimiento de la glándula mamaria en las adolescentes y el aspecto de los genitales y el vello púbico para ambos sexos.

Entonces, la adolescencia es un período en el cual se llevan a cabo una serie de intensos cambios físicos y psicosociales que inicial con la aparición de los primeros signos de la pubertad y terminan cuando ha cesado el proceso de crecimiento. En este sentido, Iglesias (2013) manifiesta que dicho período se caracteriza por el desarrollo rápido en todos los tejidos, cambios en la composición corporal, maduración de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductora a causa de factores hormonales, genéticos, esqueléticos, estado de salud, nutricionales, socioeconómicos y emocionales, y el crecimiento variará de acuerdo a la época de la vida, el sexo y los diversos factores anteriormente nombrados.

En efecto, durante la adolescencia los sujetos aumentan el 50% de su peso, masa esquelética y el 20% de su altura aproximadamente, por lo que se incrementan los requerimientos calóricos, proteicos, de calcio, zinc y hierro. La menarquia en las mujeres suele presentarse a partir de los 9 o 15 años, mientras que la espermaquía en los varones inicia entre los 10 7 17 años, de igual manera ambos sucesos marcan el inicio de la adolescencia.

Asimismo, otra de las características del inicio de la pubertad es el incremento tanto de la talla como del peso al igual que el crecimiento del botón mamario y el vello púbico. Las adolescentes durante este período crecen entre 20 y 25 cm, mientras que los varones entre 25 y 30 cm. Esta diferencia de estatura según Pasqualini (2010) se debe a que los varones inician su desarrollo dos años más tarde al igual que el inicio de su crecimiento también se origina con el aumento testicular.

Por su parte, Iglesias (2013) manifiesta que la antropometría durante la adolescencia es de suma importancia, ya que permite evaluar los cambios físicos y de maduración, para ello se deberá emplear el Índice de Masa Corporal (IMC), que ha sido considerado como uno de los mejores indicadores del estado nutricional a causa de ser sensible a los cambios en la composición corporal con la edad, siendo así que el incremento de peso en los varones se debe al aumento de tejido muscular y en las mujeres debido al incremento de tejido adiposo. Adicionalmente, expone que entre los factores determinantes para el desarrollo de los adolescentes influyen directamente las siguientes variables:

- **Los factores genéticos:** Influyen directamente en el pronóstico de la talla, medida y peso que se alcanzará al culminar el crecimiento
- **Los factores nutricionales, socioeconómicos y emocionales:** Son esenciales ya que un niño que no ha tenido una buena alimentación, educación y ambiente familiar adecuado presentará retardo en la talla y posibles enfermedades adyacentes.

Para concluir, el crecimiento y desarrollo forma parte de una preocupación frecuente en la adolescencia y es esencial valorarlo. Las diferencias individuales se hacen muy visibles y determinan en una gran cantidad de ocasiones problemáticas psicológicas y sociales debido a que el cuerpo es utilizado como parte de un instrumento de identidad y competencia. Por lo tanto, la imagen corporal que el adolescente posee acerca de sí mismo influye significativamente en su autoestima y aceptación sin embargo cuando un adolescente expresa disgusto con su aspecto corporal es necesario que se llegue a diferenciar la normalidad de la enfermedad con el propósito de destacar lo positivo del desarrollo e incrementar la autoestima.

1.3.2. Desarrollo social.

Junto al desarrollo biológico se produce un proceso de socialización, que emerge como parte de una pieza angular al momento de observar, comprender, interpretar, diagnosticar, intervenir y evaluar cualquier tipo de acercamiento afectivo con los adolescentes y por lo tanto, se ha determinado a la socialización como parte de un argumento de vital importancia ya que según Navarro (2015) ésta contribuye a la formación de grupos y habilidades sociales que afectarán el resto de su crecimiento.

De tal modo, la evolución social de los adolescentes, según García (2010), se caracteriza como parte de un período de transición entre la niñez y la edad adulta la cual supone ser una preparación para el futuro. Durante esta etapa del desarrollo los adolescentes evidencian una

serie de habilidades e interacciones sociales que contribuyen a una mejor capacidad de empatía, provocando reciprocidad de amistad.

Asimismo, el ambiente escolar es un lugar idóneo que puede favorecer a la comunicación interpersonal entre los adolescentes y el profesor, permitiendo que poco a poco se vaya construyendo su identidad personal al igual que el sentido del mundo social que los rodea. De igual manera, la aceptación social junto con el grado en el que son requeridos por sus pares es un importante índice de ajuste y de aceptación actual y futura.

Por otro lado, el contexto familiar ejerce una importante fuerza socializadora sobre los adolescentes, al igual que establece la forma de relación existente entre padres e hijos, afectando directamente sobre su desarrollo social y de personalidad.

Coincidentemente, investigaciones llevadas a cabo por Navarro (2015) dan a conocer que algunas de las características comunes de la personalidad adolescentes son las siguientes: idealista, optimista, intrépido, deseos por llegar a la edad adulta, crítico con la situación actual de las cosas, atrevido y aventurero, ante ello es importante recalcar que dichas características de la personalidad adolescente se encuentran en gran medida determinadas por la cultura y por los ritos de transición de la sociedad en la cual vive, sin embargo los cambios de índole psicoafectiva y social en la adolescencia se encuentra en la base de la necesidad de adquirir autonomía e independencia con el propósito de construir su propia identidad y es por ello que el logro de la independencia implica mayor libertad y flexibilidad por parte de los padres, libertad que en ocasiones éstos no se encuentran prestos a dar, surgiendo con ello una serie de problemas y dificultades.

De igual manera, García (2010) manifiesta que el modelo de crianza que recibe el adolescente afecta de modo radical su paso de adolescente a adulto, por lo tanto, sus interacciones deben considerarse en un contexto familiar adecuado, organizado y dinámico a causa de que la conducta de los miembros afectan a todos sus integrantes por igual. En cambio, a pesar de que la orientación social primaria del adolescente se desplaza hacia los iguales, el núcleo familiar podrá retrasar o influenciar positivamente el paso del niño a adulto y contribuir a hacer más llevadero el proceso de transición social.

Por lo tanto, durante la adolescencia los jóvenes establecen relaciones muy estrechas entre sus pares, formando grupos íntimos de amistad que continuarán hasta la edad adulta debido a que han mantenido actitudes compartidas. De igual manera una de las características que influyen

para poder pertenecer al grupo es la conformidad en actividades de ocio, vestido y determinadas actitudes o expresión de los valores frente a la realidad. Las relaciones de amistad entre los adolescentes surgen durante este período y presentan una serie de actitudes superficiales y en ocasiones hostiles para el sexo opuesto. A medida que el grupo va desarrollándose se van incorporando nuevos integrantes hasta que finalmente este se convierte en un grupo heterosexual y cada uno forma parejas libremente escogidas.

En este orden de ideas, Navarro (2015) explica que durante el período de la adolescencia la amistad posee una función específica y estratégica relevante en la socialización. Del mismo modo, la amistad es acogida como una oportunidad para lograr cierta emancipación de los padres, establecer relaciones heterosexuales y la afirmación de la identidad. Durante esta etapa los sujetos presentan mayores niveles de madurez cognitiva que les permite pensar de una manera abstracta y resolver conflictos de una manera más crítica.

Precisando, se podría decir que la búsqueda de su identidad en los adolescentes se basa en la relación con sus pares, mientras que en relación con los adultos suele ir asociada a una actitud de rebeldía y oposición que en estas edades sienten necesaria para su afirmación personal. Por lo tanto, existen mayores niveles de probabilidad de que los adolescentes escuchen a sus padres en cuanto a cuestiones de moralidad, educativas y laborales, mientras que escucharán a sus pares en cuanto a asuntos relacionados con elegir amigos, controlar sus relaciones con los compañeros o pasar tiempo libre.

1.3.3. Desarrollo psicológico.

Al igual que en el resto de etapas del crecimiento existen características propias del desarrollo cognitivo. La UNICEF (2011) explica que durante la adolescencia los pensamientos poseen la tendencia hacia la independencia y por lo tanto el pensamiento se vuelve más complejo y sofisticado, esto a causa de que el cerebro está desarrollándose de una manera favorable. De igual manera, según el autor, durante este período la capacidad de sinapsis de las neuronas es mayor a causa del incremento de la mielinización.

Por otro lado, la corteza frontal se caracteriza por ser biológicamente inmadura, sin embargo esta área del cerebro es la encargada de inhibir las acciones como respuesta de impulsos, razón por la cual los adolescentes se ven motivados a tomar decisiones y conductas arriesgadas.

De acuerdo con la teoría de Piaget (según se cita en Iglesias, 2013), los adolescentes durante este período se encuentran dentro de la etapa de operaciones formales y la misma se caracteriza por desarrollar habilidades necesarias para pensar de manera abstracta. El razonamiento formal, o también denominado pensamiento abstracto permite al adolescente ejecutar soluciones de forma mental que luego materializará de modo concreto, de igual manera según García (2010) la capacidad que presentan los adolescentes para otorgar soluciones o formular hipótesis se denomina como razonamiento hipotético – deductivo. Ahora bien, el pensamiento formal le permite al adolescente no solo pensar en su propia existencia, sino también en la de otras personas, resultándole complicado el distinguir entre lo que los demás están pensando y sus propios pensamientos.

De forma concurrente, Serrano (2010) revela que los adolescentes no suelen tener en cuenta las contradicciones vitales, motivo por el cual su plan de vida suele resultar la mayor parte de las veces utópico e ingenuo y es motivo de confrontación de sus ideales con la realidad, sin embargo una importante proporción de jóvenes no logran alcanzar el pensamiento formal.

En esta perspectiva, una de las importantes aportaciones de Vigotsky, según García (2010) en cuanto al desarrollo cognitivo, se encuentra relacionado con lo que denominó: “zona de desarrollo próximo”, la cual hace referencia a las tareas que un adolescente no puede ejecutar por sí mismo, y por lo tanto requiere de un adulto o un compañero con más experiencia. Entre los cambios cognitivos que permiten el pensamiento crítico del adolescente se encuentran los siguientes:

- Automatizar y procesar información
- Amplitud y dominio de conocimientos
- Capacidad para combinar conocimientos
- Facilidad para crear estrategias o procedimientos

Por lo tanto, durante la adolescencia se va construyendo poco a poco el ideal del yo sobre cimentaciones imaginarias, lo cual implica explosiones de ilusión y en ocasiones de fervor. Por consiguiente, durante este período, el adolescente cuestiona la ley y se enfrenta a ella desde el límite de las situaciones originando una serie de conflictos, tanto en el plano relacional como personal.

Ahora bien, durante este período vuelven a emerger una serie de conflictos de épocas pasadas, alcanzando toda su virulencia en esta etapa, siendo principalmente sus padres o sustitutos

quienes enfrenten tales circunstancias, de igual manera la identidad sexual y el deseo sexual cumplen un papel determinante durante esta fase del desarrollo.

En síntesis, se puede concluir que durante los estadios previos del crecimiento, el niño acepta las normas, los castigos y controla su conducta para lograr la aprobación del resto, mientras que durante el estadio post convencional lo hace sobre la base de la interiorización de principios éticos universales y se encuentra en la capacidad de llevar a cabo excepciones de dos reglas socialmente aceptadas que entran en conflicto.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General

- Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental a nivel nacional en los estudiantes de bachillerato.

2.1.2. Específicos

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias.
- Elaborar informes de resultados por establecimientos.

2.1.3. Preguntas de investigación

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

2.2. Diseño de investigación.

En este proyecto se utilizó el tipo de investigación descriptiva ya que la misma permite identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y el consumo problemático de sustancias estupefacientes además que permite determinar las situaciones predominantes que caracterizan a una unidad educativa particular del cantón Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.

2.3. Contexto

La presente investigación se desarrolló, en una unidad educativa particular, de carácter mixto, de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador, ubicado en la zona 8, Distrito 09D03, Circuito C01_02_03 (Figura 1). Esta institución cuenta con aproximadamente 332 estudiantes, en todos los años de educación básica general y bachillerato, a cargo de 26 docentes y 14 miembros del personal administrativo, ofertando el título de bachiller contable a aquellos estudiantes que egresan de la unidad.

La Unidad Educativa tiene como misión preparar jóvenes con alto espíritu participativo y competitivo para que puedan desempeñarse con éxito y seguridad en sus actividades, promoviendo el aprendizaje significativo y práctico dentro del contexto socio cultural de sus estudiantes, así como el uso de la tecnología, la investigación y el desarrollo del pensamiento crítico, las habilidades de desempeño, y actitudes proactivas; mediante metodologías constructivas cognoscitiva que respetan la individualidad en un clima de afectividad y valores.

La visión que posee la unidad educativa es la de crear un ambiente de motivación, compromiso y sentido de pertenencia hacia la institución, buscando un ideal de calidad para quienes sienten pertenencia por la institución: autoridades, docentes, estudiantes, padres y madres de familia y miembros de la comunidad.

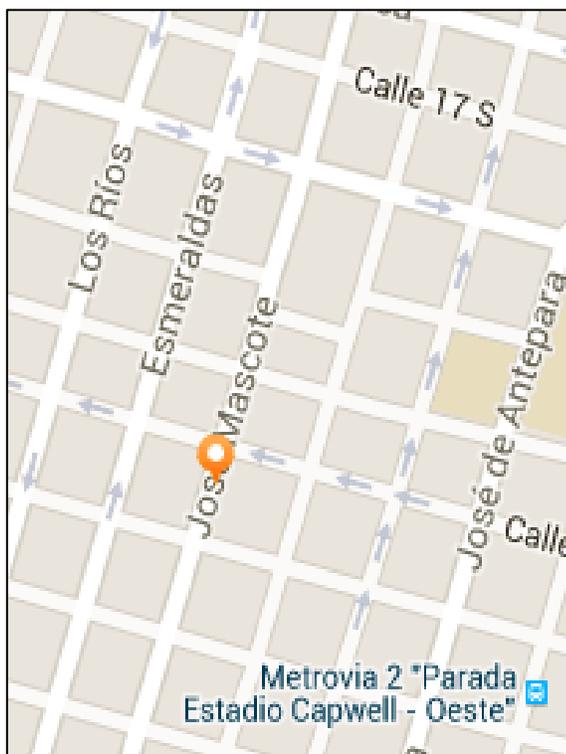


Figura 1. Ubicación de la Unidad Educativa
Fuente: http://www.tuugo.ec/how_to_get/colegio-mercantil/12600028928
Elaboración: León Haro, Digna Narcisa

2.4. Población y muestra

- La población objeto de estudio fueron 84 adolescentes, hombres y mujeres, matriculados en el primero y segundo de bachillerato, de la sección diurna, con edades comprendidas entre los 14 y 17 años.
- La muestra objeto de investigación fueron 44 estudiantes distribuidos como se indica en la tabla de a continuación:

Tabla 1. Población

AO BGU	HOMBRES	MUJERES	TOTAL POR AÑO
1°	13	17	30
2°	9	5	14
TOTAL	22	22	44

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa (2015)

Los criterios de inclusión requeridos para la inclusión de los participantes en la presente investigación fueron:

- Pertenecen a establecimientos educativos mixtos,
- Tienen una edad comprendida entre 14 a 17 años,
- Pertenecen a la sección diurna.

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1. Métodos.

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- **El método descriptivo**, fue empleado con la finalidad de explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y el consumo de sustancias estupefacientes por medio del empleo de bibliografía especializada y los resultados obtenidos de la investigación de campo, permitiendo de esta manera describir adecuadamente el fenómeno en estudio.
- **El método estadístico**, facilitó organizar la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias

estupefacientes. De igual manera este método permitió procesar, tabular y organizar la información obtenida en la aplicación de instrumentos, dando lugar a la obtención de tablas y gráficos con los resultados obtenidos en cada una de las variables

- **Es transversal**, debido a que se centró en el análisis del nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo. Por lo tanto, este diseño se empleó con el propósito de analizar cómo una variable cambia o se fusiona en relación a otra variable otorgada, permitiendo de esta manera determinar el nivel de influencia que esta genera.

2.5.2. Técnicas

En la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos e información:

- **La encuesta**, que sirve para reunir información de una muestra de personas y sistematizar la información a la población de la cual fue seleccionada dicha muestra. Dentro de esta técnica, se encuentran los cuestionarios, que pueden ser en papel y lápiz, y aplicarse individualmente o en grupos.
- **La Investigación de Campo**, que constituye un proceso ordenado, riguroso y razonado de recolección, tratamiento de datos.
- **La investigación documental**, que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos.

2.5.3. Instrumentos.

Para la recolección de información se usó como instrumento de investigación una batería de instrumentos psicológicos, compuesta por 10 cuestionarios y tests (ver Anexo), que nos permite conocer las opiniones, creencias y comportamientos de los adolescentes de la unidad educativa sobre las variables consideradas en el presente estudio

Los diez instrumentos se detallan en la Tabla 2 a continuación:

Tabla 2. Cuestionarios de Factores Psicosociales de Salud y Estilo de Vida para Adolescentes

1	Cuestionario de variables psicosociales	Evalúa variables psicosociales y de salud.
---	--	--

2	Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983)	Evalúa la percepción de estrés actual, al igual que el grado en el que las situaciones de la vida de la persona son consideradas como estresantes, es decir, cómo valoran sus vidas en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga.
3	Cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al., 2004)	Evalúa la sensación subjetiva de soledad entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas de la deseada, especialmente referida al apoyo emocional.
4	Type A Behavior Scale (personalidad tipo A)	Evalúa la presión que el tiempo y el trabajo ejercen sobre las personas, la dureza y competitividad en el comportamiento, la personalidad definida por un complejo acción-emoción caracterizada por tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado, y que se han encontrado asociadas con problemas de salud, incluyendo trastornos cardiovasculares y muerte prematura.
5	Cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011)	Evalúa la 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	Cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008). Evalúa el grado resiliencia	Evalúa la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés u situaciones adversas
7	Cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008)	Identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y un apoyo en la evaluación breve, además ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial.
8	Cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010)	Evalúa el consumo de sustancias en los últimos tres meses.
9	Cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010)	Evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) y ansiedad asociada con el deterioro social presentes en las últimas 2 semanas.
10	Cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012)	Evalúa la percepción de la calidad de vida que cada uno de los individuos posee acerca de sí mismo.

Fuente: Equipo investigador Universidad Técnica Particular de Loja
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa (2015)

2.7. Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de Primero y Segundo año de bachillerato en un

unidad educativa de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, durante el año 2015” se procedió mediante los siguientes pasos:

1. Se dio inicio al proyecto de investigación con una capacitación presencial en las instalaciones de la Universidad, en Loja, en donde se recibió instrucciones sobre el desarrollo del proyecto, sus objetivos, métodos, técnicas, redacción del informe, y aplicación de instrumentos.
2. Inmediatamente después, se procedió a redactar el marco teórico, en base a la recolección de información de la literatura relacionada con el tema y los subtemas, fundamentando cada parte de esta.
3. Como siguiente paso se realizó una investigación de las instituciones educativas privadas mixtas existentes en la ciudad de Guayaquil ubicadas en la zona urbana que tenían dentro de su población estudiantil adolescentes de primero y segundo año de bachillerato.
4. Una vez seleccionada la institución, se concertó una cita con el rector, con el objetivo de entregar la carta de presentación del proyecto (ver Anexo), dirigida al rector o autoridades del plantel, de parte del departamento de titulación de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja. Así mismo se procedió a entregar la copia de la batería de evaluación que fue aplicada a la población estudiantil en investigación (ver Anexo), para su respectiva revisión y aprobación por parte de la institución educativa.
5. Se socializó el tema de investigación con las autoridades y docentes del plantel, recibiendo la aprobación y colaboración del rector de la unidad educativa con su firma en la carta de autorización (ver Anexo), quien inmediatamente nombro un tutor dentro del establecimiento, a quien se solicitó la lista de estudiantes de cada paralelo a evaluar, para conocer el número exacto de estudiantes y poder preparar las baterías a ser aplicadas y establecer los códigos de organización de cada prueba. A la vez, se diseñó el cronograma de trabajo en conjunto con el profesor tutor nombrado, y los profesores de los paralelos participantes, el tipo de actividad a realizarse por paralelo, el día y la hora, en cuanto a la toma de la batería socio-psicológica.
6. Mientras tanto, se realizó una lectura del contenido del material de evaluación y el procedimiento de aplicación, y como investigadora me sometí a la batería para entenderla bien y tener una idea de cuánto tiempo es necesario para completarla, cuales preguntas presentan mayor dificultad o mayor nivel de explicación, antes de administrarla a los estudiantes.

7. Inmediatamente después, se explicó y socializó el tema de la investigación, la metodología de las pruebas a ser aplicadas, las fechas de recolección de la carta de consentimiento informado, el propósito de la investigación, riesgos e inconvenientes de participar, beneficios, confidencialidad y manejo de la información, los criterios de exclusión y el carácter anónimo y voluntario, con los estudiantes y sus padres o representantes en caso de aceptar participar en la investigación.
8. A continuación, según el cronograma establecido, se entregó la carta de asentimiento al estudiante para que la firme si acepta participar en la investigación, pues la participación es de carácter voluntario. Asimismo, se entregó la carta de consentimiento informado y se retiró el mismo firmado por los representantes comprobando según la lista de estudiantes cuales entregaron las cartas firmadas y cuáles no, según el cronograma.
9. En los días y horas determinadas, se procedió a administrar las baterías únicamente a los estudiantes que entregaron ambas cartas de asentimiento y consentimiento firmadas, luego se explicó en términos el tiempo aproximado requerido para completar el cuestionario (aproximadamente 30 minutos), los materiales a utilizar, no escribir el nombre o ningún otro dato y la importancia de responder todas las preguntas lo más honestamente posible.
10. Una vez aplicadas las baterías, los datos obtenidos fueron ingresados, en la matriz de tabulación proporcionada por el equipo de la titulación de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja.
11. Se procedió a redactar la metodología, que corresponde al capítulo 2, e inmediatamente después, se redactó el capítulo tercero, en el cual se incluyó el análisis y la discusión de resultados, usando la información procesada en la matriz de tabulación. Posteriormente, se escribieron las conclusiones y recomendaciones, procediéndose luego a armar el informe según las guías dadas por la directora de tesis.
12. Se realizó una nueva reunión presencial para la revisión del primer borrador, en donde se hicieron las observaciones y correcciones necesarias para presentar el informe de acuerdo a los parámetros requeridos por la Universidad, y se recibió instrucción sobre el informe para las instituciones educativas.
13. Por último, se realizó y entregó a la institución educativa participante en el proyecto de investigación, un informe con los resultados obtenidos en el mismo, tres meses después de la aplicación de los instrumentos. Y se hizo llegar la versión definitiva del informe de proyecto por triplicado a las Universidad, para su aprobación final.

2.8. Recursos

En este trabajo fueron necesarios los siguientes recursos:

- Talento Humano:
 - Estudiantes adolescentes de un colegio de la ciudad de Guayaquil.
 - Digna León, Investigadora
- Recursos Materiales:

Tabla 3. Descripción de los Recursos Materiales Utilizados

Concepto	Detalle	Valor
Material Tecnológico	1 Computador	900.00
	1 Impresora	250.00
Material de Oficina	1 caja de Esferográficos	7.00
	1 caja de Lápices HB	4.50
	3 Resmas de papel Bond A4	15.00
Equipo Psicométrico	Evaluaciones	100.00
	TOTAL	1276.00

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa (2015)

- Recursos Económicos:

Tabla 4. Descripción de los Recursos Económicos Utilizados

DESCRIPCIÓN	TOTAL
Remuneración salarial: 354,00 USD mes por 2 meses	708.00
Material tecnológico	1100.00
Material de oficina	26.50
Evaluaciones psicométricas	100.00
Movilización	50.00
Fotocopias	100.00
Imprevistos	50.00
Insumos personales	140.00
Insumos Investigativos	375.00
TOTAL	2649.00

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa (2015)

- Recursos Institucionales:
 - Colegio Particular Mixto de Guayaquil
 - Universidad técnica Particular de Loja

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Datos psicosociales

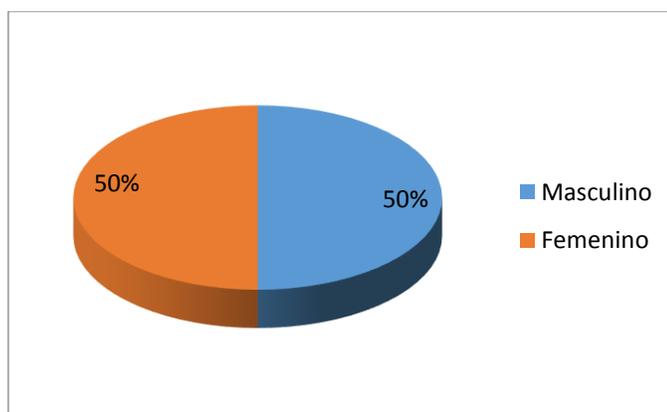


Figura 2: Sexo
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Respecto a la figura 2, podemos verificar que de la población investigada, el 50% pertenecen al género masculino y el otro 50% corresponden al género femenino. Por lo que se evidencia una cantidad igual de hombres y mujeres en la muestra.

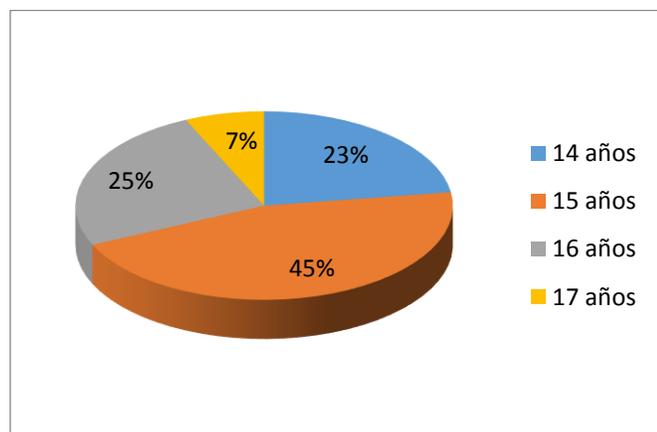


Figura 3. Edad
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En cuanto a la variable edad el 45% de la muestra poseen 15 años siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 25% 16 años, el 23% tiene 14 años y finalmente el 7% tiene 17 años, según se ve en la Figura 3.

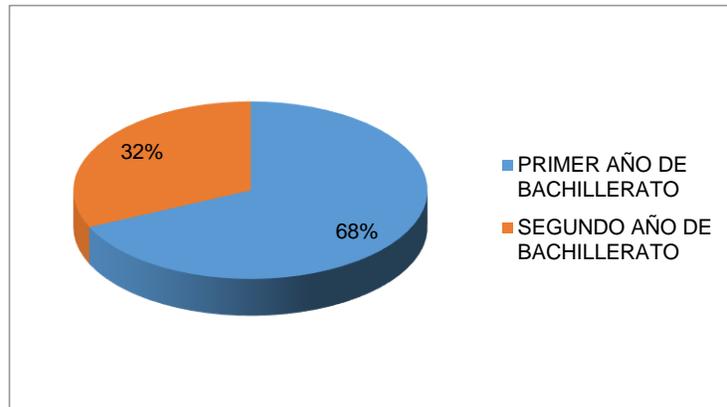


Figura 4. Año de bachillerato
Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Del total de la muestra ($n= 44$), el 68% cursan el primer año de bachillerato y el 32% el segundo año de bachillerato, de acuerdo a la figura 4.

Considerando la variable año de bachillerato de la figura 4, existe mayor número de investigadores en el primer año de bachillerato con un porcentaje de 68%, respecto al 32% de segundo año de bachillerato.

3.2. Análisis de resultados

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

Las consideraciones de las puntuaciones son:

- 0 – 4 = bajo
- 5 = medio
- 6 – 10 = alto

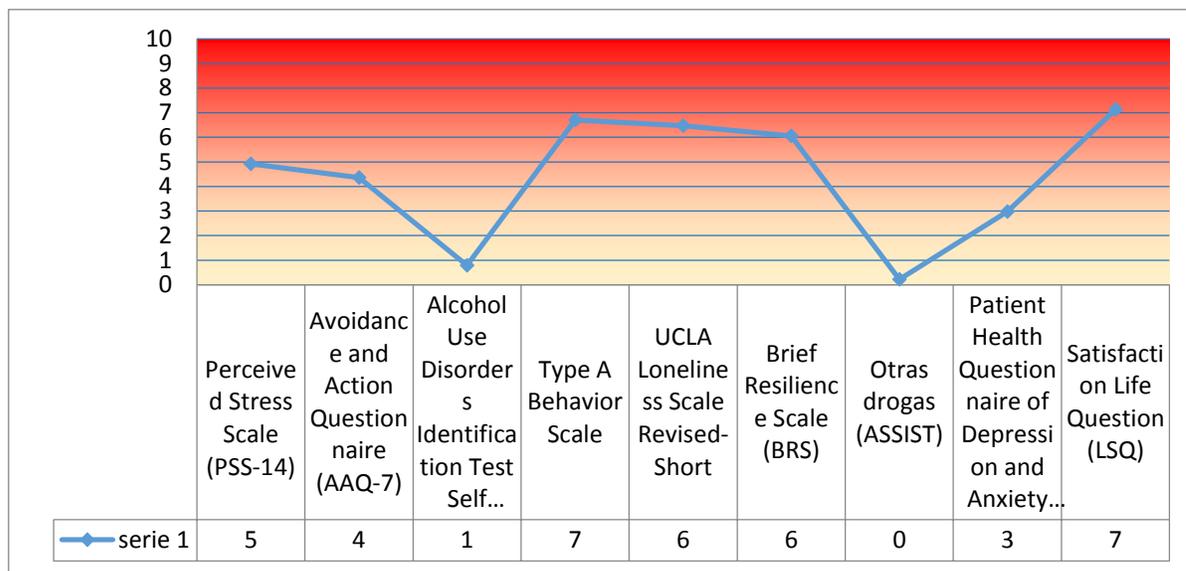


Figura 5. Batería con resultados estandarizados

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015

Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Previo al análisis individual de cada variables, podemos observar en la Figura 5, una visión general de los puntajes promedio estandarizado, pudiendo verse que el estrés, muestra un puntaje de 5, indicando ser una variable neutral, mientras que las variables Personalidad tipo A y Soledad percibida tienen puntajes de 7 y 6 respectivamente, identificándose como variables protectoras; en tanto que la inflexibilidad psicológica, la depresión y ansiedad, y el consumo de alcohol y otras sustancias, muestran puntajes bajo el promedio, considerándolas entonces como variables protectoras, finalmente, la resiliencia muestra un puntaje de 6, indicando ser una variable protectora para la muestra investigada.

Tabla 5 Frecuencia Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	12	12	15	3	2
2	6	7	16	13	2
3	2	2	17	16	7
4	1	8	19	12	4
5	4	10	16	10	4
6	2	7	8	20	7
7	0	7	11	17	9

8	3	11	26	3	1
9	0	5	19	15	5
10	6	12	14	9	3
11	3	8	9	19	5
12	2	11	10	15	6
13	2	8	20	11	3
14	4	10	16	9	5
TOTAL	47	118	216	172	63

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015.
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En cuanto al estrés percibido, se puede apreciar en la Tabla 5, que la frecuencia más alta se presenta con 26 individuos en la opción de respuesta “De vez en cuando” del ítem 8 (En el último mes, ¿con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?). Observándose también que el mayor número de respuesta a todos los ítems se acumulan en la opción mencionada (216 respuestas), seguido por las respuesta “a menudo”, con 172 respuestas en total, y por “casi nunca”, con 118 respuestas en total. Esto indicaría que el estrés percibido está dentro de los parámetros considerados neutrales y por ende esta variable no es un factor de riesgo, pero tampoco es una variable de protección en el grupo investigado.

Tabla 6. Frecuencia Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	12	13	2	9	2	3	3
2	12	4	7	10	3	2	6
3	6	10	7	13	3	1	4
4	19	6	5	4	3	3	4
5	10	13	7	7	3	2	2
6	12	8	7	9	3	4	1
7	7	13	7	11	3	2	1
TOTAL	78	67	42	63	20	17	21

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En cuanto a la variable de inflexibilidad psicológica, se puede ver en la Tabla 6, que la frecuencia más alta de respuesta se da en el ítem 4 en la opción “nunca es verdad”, encontrándose también que las mayores frecuencias de respuestas se hallan en la opción mencionada lo cual indica que esta variable es un factor protector, notándose que el puntaje medio estandarizado de 4 corrobora esta análisis.

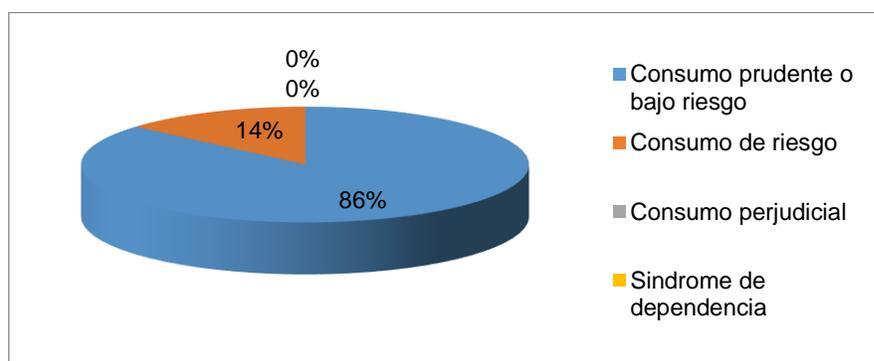


Figura 6. Test AUDIT
 Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, los resultados del test AUDIT (Figura 6), muestran que el 86% de la muestra tiene un prudente o de bajo riesgo, seguido por el 14% que indica un consumo de riesgo, con lo que se puede ver que esta variable constituye un factor protector, por el bajo porcentaje de consumo, y esto se ratifica con la puntuación de 1 de la Figura 5.

Tabla 7 Frecuencia Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	19	13	12	0

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	8	19	10	7
3	11	18	11	4
4	8	20	12	4
5	10	19	7	8

6	16	17	6	5	
TOTAL	72	106	58	28	264

Reactivo	Si	No	
7	35	9	
8	37	7	
9	30	14	
10	31	13	
TOTAL	133	43	176

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En lo referente a la variable: Personalidad tipo A, se observa en la Tabla 7, que la frecuencia más alta para el reactivo 1 corresponde a la respuesta “muy bien” con 19 individuos informando un fuerte deseo de sobresalir; en cuanto a ser los mejores en la mayor parte de las cosas. Por otro lado, con una frecuencia de 20 individuos se presenta los que se caracterizan por ser muy autoritarios y dominantes, mencionando que los son “de vez en cuando” (reactivo 4). Finalmente 37 afirman que el estudio o trabajo los ha llevado al límite del agotamiento, siendo la categoría más significativa en esta tabla (reactivo 8). Estos datos junto con los de la Figura 5, que muestra un puntaje promedio estandarizado de 7, indican que esta variable representa un factor de riesgo para la muestra investigada.

Tabla 8 Frecuencia UCLA Loneliness Scale Revised-Short

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

10	1	12	16	15
11	9	21	10	4
12	9	15	17	3
13	4	13	15	12
14	11	20	8	5
15	5	11	20	8
16	3	12	21	8
17	9	13	12	10
18	5	16	19	4
19	6	4	24	10
20	3	12	22	7
TOTAL	127	264	334	155

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En lo que tiene que ver con el aislamiento social o soledad percibida, la Tabla 8, muestra las frecuencias más altas para la respuesta “a veces” en el reactivo 6, con 24 individuos en el quienes sienten sólo a veces que tienen mucho en común con la gente que los rodea y en el reactivo 19, donde 24 de los encuestados sienten sólo a veces que hay personas con las que pueden hablar. Asimismo se puede ver que las frecuencias para todos los ítems se acumulan en mayor número para la opción “a veces”. La Figura 5, por su parte, corrobora estos resultados mostrando un puntaje promedio estandarizado de 6 en la variable de soledad percibida (UCLA), ubicándose por sobre la media, lo cual permite apreciar que para la población investigada esta variable es un factor de riesgo.

Tabla 9. Frecuencia Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	6	21	10	5
2	5	6	18	11	4
3	2	10	22	7	3
4	4	9	15	11	5
5	6	7	18	8	5

6	9	5	18	8	4
TOTAL	28	43	112	55	26

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En el caso de la variable de resiliencia, medida por la Brief Resilience Scale, la mayor frecuencia es de 22 individuos para el reactivo 3, como se observa en la Tabla 9, la cual da a conocer que para la población investigada es difícil recuperarse cuando algo malo sucede para lo cual eligen como respuesta la categoría neutral, esto ratifica la puntuación observada en la figura 5, según la cual, la población investigada tiene una puntuación de 6, siendo este un puntaje que se halla sobre la media, indicando que la población investigada puede superar positivamente los problemas que les afrontan, siendo entonces un factor de protección.

Tabla 10. Porcentajes obtenidos. Test ASSIST

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	97,7	2,3	0,0	0,0	0,0
2	95,5	4,5	0,0	0,0	0,0
3	70,5	27,3	2,3	0,0	0,0
4	97,7	2,3	0,0	0,0	0,0
5	97,7	2,3	0,0	0,0	0,0
6	93,2	6,8	0,0	0,0	0,0
7	97,7	2,3	0,0	0,0	0,0
8	93,2	6,8	0,0	0,0	0,0
9	95,5	2,3	0,0	2,3	0,0
10	97,7	2,3	0,0	0,0	0,0
11	95,5	2,3	2,3	0,0	0,0

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Para el caso del consumo de drogas, la tabla 10 muestra los resultados del test ASSIST, apreciándose que el 2,3% de investigados ha consumido o consume cada semana alucinógenos (LSD, ácidos hongos, ketamina), y cada mes (alcohol u otras sustancias psicoactivas), sin embargo, el porcentaje más significativo de los estudiantes (más del 95%), no presentó ningún

tipo de consumo diario de tabaco (cigarrillos, tabaco de liar, tabacos de mascar), cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis), sedantes (diazepan, alprozolan, clonazepan). Estos datos están en consonancia con el valor mostrado en la Figura 5, a saber: putaje cero. Los datos analizados, indican entonces, que el comportamiento con respecto al consumo de drogas es un factor de protección para la muestra investigada.

Tabla 11. Frecuencia Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	12	19	8	5
2	13	20	5	6
3	19	15	5	5
4	16	17	6	5
5	17	13	6	8
6	22	9	9	4
7	22	12	6	4
8	26	13	3	2
9	32	6	2	4
TOTAL	179	124	50	43

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Para las variables de depresión y ansiedad, se puede ver en la Tabla 11, que la mayor frecuencia es de 32 individuos en la opción “nunca” del reactivo 9, el cual indica que la población investigada nunca ha deseado estar muerto o hacerse daño de alguna forma. De acuerdo a la Figura 5, se la puntuación del test de depresión y ansiedad, se ubica por debajo de la media, indicando que estas variables son factores de protección, al manifestarse una tendencia hacia la estabilidad emocional en los estudiantes investigados.

Tabla 12, Frecuencia LSQ

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	1	0	0	2	13	2	6	6	2	12	44

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Finalmente se tiene la variable: Satisfacción vital, con una frecuencia de 13 en la opción neutral 5, y con la mayoría de las respuestas agrupadas sobre ese punto medio estandarizado, según se ve en la Tabla 12, indicando que la población investigada afirmó tener una satisfacción de vida neutral y 12 individuos consideran estar completamente satisfechos con su vida. Los datos de la Figura 5, se relacionan con los de la Tabla 12 con una puntuación de 7 ubicándose sobre la media, esta puntuación define que la muestra investigada posee una buena satisfacción de vida, indicando que esta es una variable protectora.

3.3. Análisis de resultados respecto al género femenino

En este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población femenina investigada, siendo las puntuaciones consideradas son: 0 – 4 = bajo; 5 = medio; y, 6 – 10 = alto.

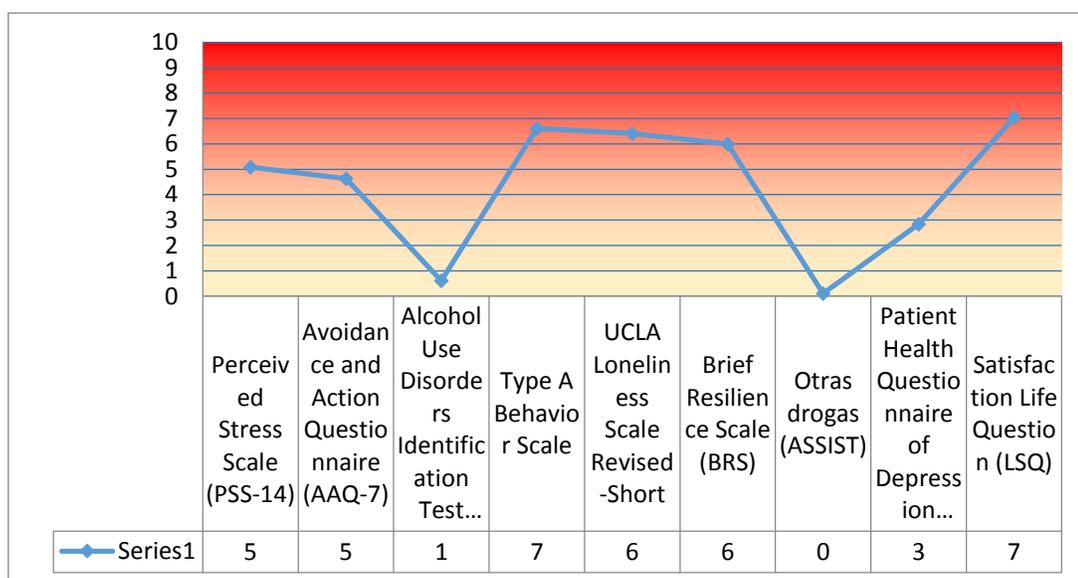


Figura 7. Test con resultados estandarizados género femenino
 Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Como se puede apreciar en la Figura 7, se evidencia que el género femenino muestra como variables protectoras: el rasgo positivo de la inflexibilidad psicológica, el comportamiento frente al consumo de alcohol y otras drogas, la ansiedad y la depresión, así como la satisfacción vital; sin embargo, se muestran como variables de riesgo la percepción de soledad y la personalidad tipo A, y como variables neutrales el estrés y la resiliencia.

Tabla 13. Frecuencia Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	6	4	8	3	1
2	3	3	7	8	1
3	1	1	9	7	4
4	1	8	7	5	1
5	4	5	8	4	1
6	1	5	3	8	5
7	0	3	3	10	6
8	1	6	13	2	0
9	0	1	12	8	1
10	3	7	7	4	1
11	2	3	6	10	1
12	1	6	5	6	4
13	2	8	6	6	0
14	3	3	11	4	1
TOTAL	28	63	105	85	27

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Como se puede evidenciar en la tabla 13, las puntuaciones obtenidas para el estrés percibido, presentan una frecuencia de 13 para el reactivo 8, indicando en el último mes han sentido que “De vez en cuando” que no podían afrontar todas las cosas que tenían por hacer. Mientras que con una frecuencia de 12 en el reactivo 9, los individuos dieron a conocer que “De vez en cuando” han podido controlar las dificultades de su vida. Las frecuencias más altas se hallan en las opciones de “casi nunca”, “de vez en cuando” y “a menudo”, indicando que el estrés percibido es un variable neutral para el grupo investigado

Tabla 14. Frecuencia, Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	6	5	1	5	1	2	2
2	6	5	1	5	1	2	2
3	6	5	1	5	1	2	2
4	6	5	1	5	1	2	2
5	6	5	1	5	1	2	2
6	6	5	1	5	1	2	2
7	6	5	1	5	1	2	2
TOTAL	42	35	7	35	7	14	14

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Para la variable inflexibilidad psicológica, evaluada con el cuestionario AAQ-7 (Tabla 14), se observa que las frecuencias de respuestas más altas se hallan en la opción de respuesta “nunca es verdad” (6), “muy raramente es verdad”(5) y “a veces es verdad” (5), para todos los reactivos del test AAQ-7, datos que se ven corroborados en la Figura 7, en la cual se presenta un puntaje promedio estandarizado de 5, que indica un posición neutral para esta variable, coincidiendo con los números de la Tabla 14, por tanto no se puede valorar a la inflexibilidad psicológica como un factor protector o de riesgo de manera categórica para este grupo muestral.

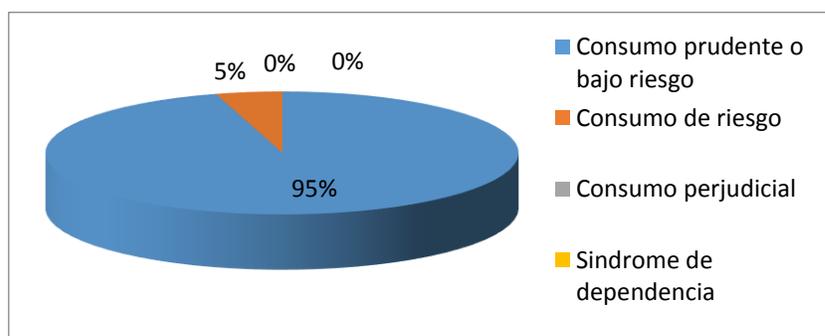


Figura 8. Test AUDIT
 Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

De acuerdo a la figura 8, el 95% de la población femenina presenta consumo prudente o de bajo riesgo, mientras que el restante 5% presenta consumo de riesgo. Esta información se correlaciona con el dato de la Figura 7, en donde se tiene un puntaje medio estandarizado de 1,

que está por debajo de la media, mostrando que la variable de comportamiento hacia el consumo de alcohol se presenta como una variable protectora para el grupo investigado

Tabla 15. Frecuencia, Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	10	8	4	0

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	6	6	4	6	
3	4	9	7	2	
4	3	9	6	4	
5	4	9	4	5	
6	9	6	2	5	
TOTAL	27	41	25	17	110

Reactivo	Si	No	
7	17	5	
8	19	3	
9	16	6	
10	17	5	
TOTAL	69	19	88

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En lo que tiene que ver con la variable del tipo de personalidad Tipo A, se observa en la Tabla 15, que en los reactivos 3, 4 y 5 se ha contestado con mayor frecuencia, nueve veces, en la opción “de vez en cuando” con relación a características como ser exigentes, competitivas, autoritarias, dominantes y comer muy rápido. Así mismo se destacan 9 mujeres en el reactivo 6, indicando que “a menudo” las mujeres de esta muestra, se sienten muy presionadas por el tiempo. Finalmente en el reactivo 8, 19 mujeres han respondido positivamente a la pregunta de si alguna vez el estudio o trabajo las ha llevado al límite del agotamiento. Estos datos se

relacionan con la puntuación media 7, de la Figura 7, superando la media establecida, señalado entonces, que esta variable puede ser considerada como un factor de riesgo para la presente muestra.

Tabla 16. Frecuencia, UCLA Loneliness Scale Revised-Short

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	5	7	6	4
2	4	4	12	2
3	4	9	8	1
4	5	6	8	3
5	3	3	5	11
6	2	4	15	1
7	7	8	4	3
8	3	8	9	2
9	1	4	7	10
10	1	5	7	9
11	4	10	5	2
12	5	9	7	1
13	3	7	7	5
14	6	10	3	3
15	4	3	11	4
16	1	6	10	5
17	5	6	7	4
18	3	10	7	2
19	2	3	11	5
20	0	8	11	3
TOTAL	68	130	160	80

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En cuanto a la variable de aislamiento social, valorada por la escala de soledad UCLA, se puede ver en la Tabla 16, que en el reactivo 6, 15 mujeres sienten que sólo “a veces” tienen mucho en común con la gente que los rodea, a la vez que se observa que las mayores frecuencias se

acumulan en las opciones de respuesta “a veces” y “siempre”. En tanto, en la Figura 7, el valor medio estandarizado es de 6, ubicándose por encima de la media, indicando estos datos que esta variable constituye un factor de riesgo para los individuos de la muestra.

Tabla 17. Frecuencia, Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	1	3	11	4	3
2	4	3	8	4	3
3	1	4	13	3	1
4	3	4	6	6	3
5	3	5	8	5	1
6	5	1	8	6	2
TOTAL	17	20	54	28	13

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En lo referente a la resiliencia, la Tabla 17 muestra que 13 mujeres en el reactivo 3, ante el cuestionamiento de que si les lleva o no mucho tiempo recuperarse de una situación estresante, han dado su respuesta en la opción “neutral”, al igual que 11 mujeres al responder si tienden a recuperarse rápidamente a momentos difíciles. Sin embargo la mayoría de respuestas se han acumulado en las opciones “de acuerdo” y “muy de acuerdo”. Esta información se correlaciona con el puntaje medio estandarizado de 6, que se observa en la Figura 7, atribuyendo un afrontamiento positivo a los problemas vitales, considerando entonces que este variable representa un factor de protección para este grupo.

Tabla 18. Test ASSIST género femenino

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	22	0	0	0	0
2	22	0	0	0	0
3	17	4	1	0	0
4	22	0	0	0	0
5	22	0	0	0	0
6	22	0	0	0	0
7	22	0	0	0	0
8	20	2	0	0	0

9	22	0	0	0	0
10	22	0	0	0	0
11	22	0	0	0	0

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Para la variable de consumo de otras drogas, la Tabla 18 muestra que las frecuencias de respuestas más altas se dan en la opción “nunca” de test ASSIST, la mayoría de los reactivos con una frecuencia de 22. De manera parecida, en la Figura 7, se observa un puntaje medio estandarizado de 0, que está muy por debajo con respecto a la media, evidenciando un consumo de otras drogas casi nulo o muy bajo, pudiendo afirmarse que la actitudes y comportamientos ante esta variable es un factor protector de la salud mental de los adolescentes investigados.

Tabla 19. Frecuencia, Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	7	7	3	5
2	8	9	2	3
3	10	7	2	3
4	7	12	0	3
5	8	10	1	3
6	11	4	5	2
7	11	6	3	2
8	15	6	0	1
9	17	2	1	2
TOTAL	94	63	17	24

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En lo referente a las variables de depresión y ansiedad, la mayor frecuencia de 17 se halla en el reactivo 9, el cual indica que la población investigada nunca ha deseado estar muerto o hacerse daño de alguna forma (Tabla 19). En cuanto al puntaje medio estandarizado, la Figura 7, muestra que este es de 3, pudiendo verse que esta variable se presentaría como un factor de protección en los individuos investigados.

Tabla 20. Frecuencia LSQ

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	1	0	0	1	6	1	3	3	1	6	22

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Finalmente, se tiene la puntuación respecto a la variable satisfacción de vida (LSQ) correspondiente a la población femenina investigada, la misma que se ubica con una puntuación de 7 en la Figura 7, mientras que en la Tabla 20, las frecuencias más elevadas se presentan desde la puntuación neutral 5, y se acumulan a la derecha indicando una satisfacción vital positiva. Esto es indicativo de que esta variable se constituye en un factor protectora.

3.4. Análisis de resultados respecto al género masculino

En este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población masculina investigada, se debe considerar la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio estandarizado, el análisis dependerá de la variable para definirla como protectora o de riesgo. Es así que, las consideraciones de las puntuaciones son: 0 – 4 = bajo; 5 = medio, y 6 – 10 = alto.

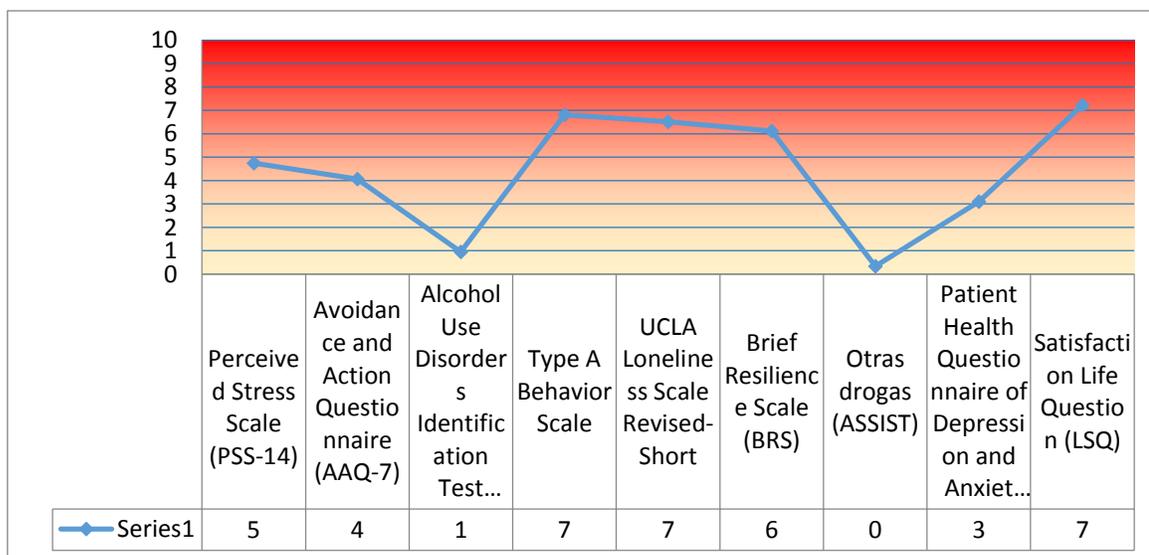


Figura 9. Test con resultados estandarizados género masculino
 Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

La Figura 9, muestra las puntuaciones medias para las variables consideradas en la investigación. Su análisis se adjunta a los análisis de cada una de ellas, según se muestra a continuación.

Tabla 21. Frecuencia, Perceived Stress Scale (PSS-14)

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	6	8	7	0	1
2	3	4	9	5	1
3	1	1	8	9	3
4	0	0	12	7	3
5	0	5	8	6	3
6	1	2	5	12	2
7	0	4	8	7	3
8	2	5	13	1	1
9	0	4	7	7	4
10	3	5	7	5	2
11	1	5	3	9	4
12	1	5	5	9	2
13	0	0	14	5	3
14	1	7	5	5	4
TOTAL	19	55	111	87	36

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Con respecto a la variable estrés percibido, los resultados del cuestionario PSS-14 mostrados en la Tabla 21, presentan la frecuencia más alta de 14 para el reactivo 13, en la opción “de vez en cuando” para la pregunta acerca de si ha podido controlar la forma de invertir su tiempo. Los datos generales de la Tabla 21 se correlacionan con el puntaje medio estandarizado de 5, mostrado en la Figura 9, indicando que esta variable es un factor neutral para el grupo investigado.

Tabla 22. Frecuencia, Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	6	8	1	4	1	1	1
2	8	3	4	3	2	0	2

3	3	7	3	8	0	0	1
4	10	1	4	2	1	2	2
5	2	10	3	4	2	0	1
6	7	6	3	1	1	3	1
7	3	8	3	5	2	1	0
TOTAL	39	43	21	27	9	7	8

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

En cuanto a la variable inflexibilidad psicológica, valorada por el cuestionario AAQ-7, se observa en la Tabla 22, que la frecuencia más alta se da en el reactivo 5, con un acumulado de 10, y en la Figura 9, se ubica con una puntuación de 4, encontrándose por debajo de la media por lo que se la pueda considerar como una variable protectora.

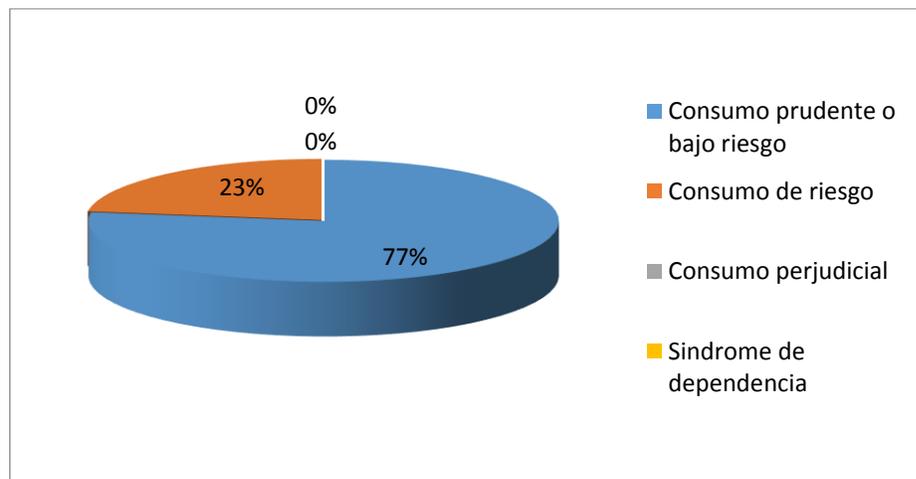


Figura 10. Test AUDIT
 Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
 Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Respecto a la variable de consumo de bebidas alcohólicas, AUDIT, la puntuación media observada en la Figura 9 es de 1, estar bajo la media establecida de 5 puntos; mientras que según la Figura 10, el 77% evidencia un consumo prudente o de bajo riesgo, mientras que el

23% presenta un consumo de riesgo. Estos datos permiten considerar que esta es una variable protectora.

Tabla 23. Frecuencia, Type A Behavior Scale

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	9	5	8	0

TOTAL

Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	
2	2	13	6	1	
3	7	9	4	2	
4	5	11	6	0	
5	6	10	3	3	
6	7	11	4	0	
TOTAL	36	59	31	6	132

Reactivo	Si	No	
7	18	4	
8	18	4	
9	14	8	
10	14	8	
TOTAL	64	24	88

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Referente a la variable de personalidad Tipo A en el género masculino, la Tabla 23 muestra las frecuencias representativas más altas, estando estas en el reactivo 1, con 9 hombres que sienten el deseo de sobresalir y ser los mejores en la mayor parte de cosas; de igual manera; el reactivo 2, en el cual 13 individuos respondieron que “de vez en cuando” se sienten presionados por el tiempo; y los reactivos 7 y 8, con 18 estudiantes cada uno, que respondieron positivamente a si alguna vez se lleva trabajo a casa y sigue pensando en ello fuera del horario escolar; y, que el estudio o trabajo los llevo al límite del agotamiento, respectivamente. A su vez, en la Figura 9, se observa una puntuación media de 7, que supera el valor neutral establecido, señalando a esta

variable como un factor de riesgo.

Tabla 24. Frecuencia, UCLA Loneliness Scale Revised-Short

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	1	7	11	3
2	2	7	11	2
3	4	9	6	3
4	3	8	8	3
5	2	6	9	5
6	3	6	9	4
7	5	9	6	2
8	6	7	7	2
9	2	3	9	8
10	0	7	9	6
11	4	11	5	2
12	4	6	10	2
13	1	6	8	7
14	5	10	5	2
15	1	8	9	4
16	2	6	11	3
17	4	7	5	6
18	2	6	12	2
19	3	1	13	5
20	3	4	11	4
TOTAL	57	134	174	75

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Para la variable de aislamiento social, según la escala UCLA, el reactivo 19 tiene la frecuencia más alta, con 13 individuos que opinan que sólo “a veces” tienen alguien con quien hablar, seguido por el reactivo 18, con 12 estudiantes que consideran que “a veces” tienen personas a

su alrededor pero no están con ellos, según se ve en la Tabla 24. Mientras que la Figura 9, con una puntuación media de 7, indica que la variable de percepción de soledad es considerada como un factor de riesgo.

Tabla 25. Frecuencia, Brief Resilience Scale (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	1	3	10	6	2
2	1	3	10	7	1
3	1	6	9	4	2
4	1	5	9	5	2
5	3	2	10	3	4
6	4	4	10	2	2
TOTAL	11	23	58	27	13

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisca

En lo que respecta a la resiliencia, se puede ver en la Tabla 25, que las frecuencias de respuestas en los reactivos se asignaron mayormente a la opción “neutral”, observándose también que hay una tendencia hacia contestar con las opciones “de acuerdo” y “muy de acuerdo” que con aquellas “muy en desacuerdo” y “en desacuerdo”. Por su parte la Figura 9, muestra una puntuación de 6 en la Brief Resilience Scale, pudiendo afirmarse que esta variable es un factor protector.

Tabla 26. Test (ASSIST) género masculino.

Reactivo	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	21	1	0	0	0
2	20	2	0	0	0
3	14	8	0	0	0
4	21	1	0	0	0

5	21	1	0	0	0
6	19	3	0	0	0
7	21	1	0	0	0
8	21	1	0	0	0
9	20	1	0	1	0
10	21	1	0	0	0
11	20	1	1	0	0

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Con referencia a la variable consumo de otras drogas, se puede ver en los resultados del test ASSIST, mostrados en la Tabla 26, que las frecuencias más altas para cada ítem se dan en la opción “nunca”, en tanto que la Figura 9 muestra un valor estándar medio de 0, que indicaría un característica protectora de esta variable para el grupo muestral investigado.

Tabla 27. Frecuencia, Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	5	12	5	0
2	5	11	3	3
3	9	8	3	2
4	9	5	6	2
5	9	3	5	5
6	11	5	4	2
7	11	6	3	2
8	11	7	3	1
9	15	4	1	2
TOTAL	85	61	33	19

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Para las variables depresión y ansiedad, la Tabla 27, presenta su frecuencia más alta en el reactivo 9, con 15 estudiantes eligiendo la opción “nunca”, mostrando que la población masculina investigada nunca ha deseado estar muerto o hacerse daño de alguna forma. El resto de reactivos presentan una tendencia similar, y la Figura 9, exhibe una puntuación media de 3, que está por debajo del valor promedio estandarizado, indicando que la forma de afrontar las situaciones que producen ansiedad y depresión es efectiva y por ende esto se constituye en un factor protector para la mayoría de los individuos de la muestra.

Tabla 28. Frecuencia, LSQ

	Insatisfecho (0)	1	2	3	4	5 Neutral	6	7	8	9	10	
TOTAL	0	0	0	0	1	7	1	3	3	1	6	22

Fuente: Unidad Educativa Investigada 2015
Elaborado por: León Haro, Digna Narcisa

Por último, en cuanto a la variable satisfacción de vida, el cuestionario LSQ aplicado al género masculino de la muestra (Tabla 28), presenta sus frecuencias más elevadas sobre el valor medio neutral con puntuaciones que se acumulan hacia la a apreciación de “completamente satisfactoria”, con 6 puntos, datos que se corroboran con aquella de la Figura 9, que presenta un puntaje promedio estandarizado de 7, mostrando que esta variable es también un factor protector.

3.3. Discusión de resultados

Considerando los resultados obtenidos y analizados en el presente proyecto investigativo, podemos ver que la muestra representa a una población de adolescentes comprendida entre los 14 y los 17 años, repartida en porcentajes iguales por género (50% hombres y 50% mujeres), y con 68% cursando el primer año de bachillerato y 32% el segundo año de bachillerato.

Tomando como base estos antecedentes, se analizaron las variables consideradas para el estudio, iniciando con el estrés percibido, encontrándose que la muestra entera presenta un puntaje de 5, siendo los puntajes por género de 5 tanto para hombres como para mujeres. Hay que tomar en atención que el estrés es un concepto mayor en el campo de la psicología e indica el grado de valoración de las situaciones estresantes por parte del individuo (Cohen, Kamarch y Mermelstein, 1983). Por tanto, en la muestra el estrés no representa un factor de riesgo ni un factor de protección en ambos sexos. Estos resultados no se correlacionan con la literatura en la

cual se informa que existe cierta tendencia hacia mostrar un mayor estrés percibido en las mujeres que en los hombres (Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Veiga y del Moral, 2011; Iglesias, 2011). El actual resultado puede deberse además del tamaño pequeño de la muestra, y a un mejor aprendizaje social y familiar del manejo del estrés.

Por su parte, la valoración de la inflexibilidad psicológica, llevada a cabo mediante el cuestionario AAQ-7, muestra valores estandarizados de 5 para las mujeres y de 4 para los hombres, así como un valor general de 5 para toda la muestra. Esta información indica una valoración cercana a la neutralidad para esta característica psicológica, pero ligeramente menor que el promedio para ambos géneros, lo cual indica según Bond y Bumce (2003), que el comportamiento propende a una menor evitación y acción experiencial siendo esta variable un factor de protección para ambos sexos. Esta variable favorece a ambos géneros de modo que se constituye en un factor protector, lo cual concuerda con la literatura, pues Moreno y Utria (2011), afirman el género es importante a la hora de considerar la flexibilidad o inflexibilidad psicológica, aunque no es un factor determinante, y que este factor no suele estar excesivamente manifiesto en la adolescencia.

En cuanto al consumo de alcohol, el test AUDIT, presenta una puntuación de 1 tanto para mujeres como para hombres, así como para la muestra total, indicando un consumo prudente o de bajo riesgo para hombres y mujeres, siendo por tanto un factor de protección para el grupo investigado, considerando que ahora no existe una diferencia significativa entre los porcentajes de consumo entre la población femenina y la población masculina, pues las mujeres han ido incrementado el consumo de alcohol hasta igualar al de los hombres (Colmenares, Saldívar, Caraveo, 1999). En base a esta premisa, Mena y Muñoz (2010), indican que el consumo inapropiado en los adolescentes de ambos géneros suele producir problemas como el consumo de drogas más fuertes, violencia personal y familiar, fracaso escolar, mayor accidentabilidad, relaciones sexuales no consentidas, embarazos no deseados entre otros, Robertson, Davis, y Rao (2004) sugieren que pueden existir factores protectores para el consumo de sustancias en adolescentes con consumo nulo o no problemático, como: autocontrol, control parental, buena relación y comunicación con pares, políticas antidrogas, y apego a la comunidad. Es así que, un bajo consumo depende de varios factores que involucran no solo al individuo sino también a los padres, familiares cercanos, figuras de autoridad, los pares y amigos, la comunidad, la sociedad, y los actores políticos, de modo que juntos puedan generar un ambiente sano no solo para la salud física sino también para la salud mental.

Para la variable de personalidad tipo A, que determina una forma individual de reacción al estrés, los datos encontrados por la Type A Behavior Scale, muestran valores estandarizados de 7, tanto para hombres como para mujeres, así como para la muestra total, por lo que se aprecia como una variable de riesgo en los adolescentes, lo cual se puede verificar con las más altas frecuencias que vienen reflejadas, como respuesta de los ítems: deseo de sobresalir; ser los mejores en la mayor parte de las cosas, ser muy autoritarios y dominantes y alguna vez el estudio o trabajo los ha llevado al límite del agotamiento. Estas características son propias de la personalidad tipo A y como afirma MacLeod (2016), son respuestas específicas como autocrítica y alta competitividad, constante sentido de urgencia, labilidad hacia la hostilidad, que son inherentes a la personalidad tipo A, y conllevan una afectación a la salud mental. Asimismo, Insulza (2012), relaciona la personalidad tipo A un mayor riesgo para el inicio de consumo de sustancias y es uno de los principales predictores de un posible abuso de alcohol. De esta manera podemos verificar que las características de los adolescentes que surgieron en nuestra investigación están acorde con la literatura, al identificarse los aspectos considerados en la personalidad como de riesgos para el consumo de sustancias, ya que se relacionan por su elevada necesidad de sobresalir, ser los mejores, ser autoritarios y dominantes, los que los lleva al límite del agotamiento y a la necesidad de buscar métodos para alcanzar sus objetivos.

En lo que respecta la percepción de soledad, al comparar entre géneros, se observan valores de 6 para mujeres y 7 para hombres, y 6 para la muestra total, ubicando estos datos a la variable por encima de la media, siendo un factor de riesgo ya que nos permite apreciar que la población investigada presenta altos niveles de soledad en ítems como: sentir que sólo a veces tienen mucho en común con la gente que los rodea y que sólo a veces hay personas con las que pueden hablar. En ese sentido, Rusell, Peplau y Cotrona (1980), exponen que la tendencia al aislamiento social se ha relacionado con una variedad de problemas como depresión, alcoholismo, comportamiento delictivo, y suicidio. Por su parte Osorio, Ortega y Pillon (2004), relaciona varios factores entre ellos el aislamiento social en adolescentes al inicio y mantenimiento de consumo problemático y adicción a drogas lícitas e ilícitas, en adolescentes de 12 a 17 años de ambos sexos. Es indudable que la percepción de soledad en adolescentes puede afectar su salud mental, aunque esta variable por sí sola no podría causar un problema con el uso de sustancias adictivas, es necesario considerarla para su intervención sanitaria y psicológica.

En cuanto a la resiliencia, la escala BRS (Escala Breve de Resiliencia), presenta valores estandarizados de 6 para la muestra tanto en mujeres como en hombres, así como para el grupo total, lo cual indica que esta variable actúa como un factor de protección para los adolescentes

investigados, pues una resiliencia positiva se relaciona con una buena salud mental (Smith, et al., 2008). Sin embargo, Vinaccia, Quiceno y Moreno (2007) afirman que la resiliencia es un factor importante pero no significativo para la salud del adolescente, pues sus efectos protectores son más de tipo cualitativo que cuantitativo. Con todo, el poder superar situaciones adversas cuando estas se presentan, representa una ventaja que supone una fortaleza personal y colabora con el equilibrio de la salud mental.

En el mismo orden de ideas, la variable de consumo de alcohol y otras drogas, evaluada en la muestra por el test ASSIST, presenta puntajes de cero, lo cual significa que esta puede ser considerada como un factor de protección. Este dato resulta relevante pues investigaciones llevadas a cabo por Medina (2012) demostraron que la variable que motiva al consumo de drogas se encuentra relacionada con una serie de síntomas emocionales como depresión, ansiedad, sentimientos de soledad, angustia, así como consecuencias negativas como menor rendimiento académico, mayores niveles de deserción escolar y en general un peor pronóstico de salud física y mental a corto y largo plazo. Según la OMS (2010), detectar tempranamente poblaciones e individuos en riesgo de consumo de sustancias es de gran importancia pues facilitaría la aplicación de programas que eviten o disminuyan la incidencia de consumo problemático o adicciones.

Para las variables depresión y ansiedad, el Cuestionario de Salud PHQ-9, presenta puntajes de 3 para hombres y mujeres y para todo el grupo, indicando que es un factor protector. Dichos resultados muestran una situación ventajosa para el grupo investigado, pues según Fernández-Castillo y Gutiérrez Rojas (2009), la depresión, caracterizada por: alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos, tiene como consecuencia la disminución de la actividad vital, es decir, impide desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria. Asimismo, Czernik, Dabski, Canteros, y Almirón (2006), mencionan que en la adolescencia la carga de los trastornos emocionales, especialmente la ansiedad y la depresión, es sentida tanto por el individuo, como por las familias y los amigos de los afectados, y dejan marcas imborrables tanto para el afectado como en la sociedad. Hay que considerar que depresión y ansiedad son entidades separadas en las clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica coexisten frecuentemente, y afectan a personas de todas las edades y de toda condición. Resulta importante poner atención a estas variables para evitar que la población adolescente caiga en estados que provocan incapacidad y en casos graves incluso la muerte por suicidio.

Con respecto al test LSQ, que evalúa la variable satisfacción vital, muestra valores estandarizados de 7 para ambos géneros y para la muestra total, indicando que los estudiantes investigados califican su vida como satisfactoria. La variable entonces es un factor protector relacionado con los valores personales, e influido por las normas culturales que modelan los objetivos vitales que gestan los adolescentes (Castro y Díaz, 2002). Los datos hallados se correlacionan con numerosos estudios que informan sobre la relación existente entre satisfacción vital en particular y el bienestar psicológico en general por una parte, tanto en adultos, como en adolescentes, niños, niñas, y la autoestima, la percepción de control y el apoyo social percibido (Huebner, 1991). La literatura pone de relieve la necesidad de considerar las variables como un conjunto y no aisladamente al momento de definir el bienestar psicológico y el buen estado de la salud mental.

Finalmente, cabe hacer una relación entre el valor de la satisfacción vital como factor protector y la variable de soledad, medida por el test UCLA, que indica ser una variable de riesgo. Esta discrepancia podría deberse a factores que no se encuentran definidos en el presente estudio, pero que bien podrían ser de carácter individual, como por ejemplo, el sentirse bien en aislamiento, el ser tímido, el sentirse parte de otro medio social, etc., aunque podría estar determinada también por el diseño de la investigación, por el tamaño de la muestra, por la insinceridad en contestar los ítems de las pruebas, etc. Esta divergencia debe ser estudiada.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados encontrados se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- Existen variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y a la salud mental en estudiantes de bachillerato, de entre 14 a 17 años, de ambos sexos, siendo estas el estrés percibido, la inflexibilidad psicológica, el consumo de alcohol, el consumo de drogas, la resiliencia, la depresión y la ansiedad, la personalidad tipo A, el aislamiento social y la satisfacción vital.
- De entre las variables consideradas, para la muestra investigada, la personalidad tipo A y percepción de soledad, se muestran como variables de riesgo para la salud mental de ambos géneros, indicando que el consumo de sustancias y la salud mental están grandemente influenciados por el tipo de personalidad y la percepción de soledad, pero influenciados por otras variables.
- La variable estrés percibido muestra un puntaje medio equivalente a 5, que la sitúa como una variable neutral para el grupo investigado, es decir, no se determina como variable protectora ni como variable de riesgo.
- En cuanto a las variables: inflexibilidad psicológica, resiliencia, depresión, ansiedad, consumo de drogas, consumo de bebidas alcohólicas y satisfacción con la vida, los resultados las identifica como variables protectoras para la salud mental de los adolescentes investigados.
- En el caso del género femenino la variable de riesgo con mayor impacto es la personalidad tipo A, con un puntaje de 7 por presentarse exigentes, competitivas, autoritarias y dominantes. Mientras la percepción de soledad con un puntaje de 6 es un poco más baja que la de los hombres, pero no menos significativa, de modo que se presenta también como una variable de riesgo.
- En relación con el género masculino, las variables de riesgo identificadas son la personalidad tipo A, con un puntaje de 7, pues se identifican como exigentes y competitivos, con el deseo de sobresalir y ser los mejores; y, la percepción de soledad con un puntaje de 7, lo que indica que es una población en riesgo.
- El consumo de sustancias y alcohol, según los resultados es bajo y no implica un riesgo para la salud mental del grupo de estudiantes investigado, sin embargo, los hombres presentan mayor consumo que las mujeres, factor que debe tomarse en cuenta para el abordaje de esta problemática.

- Se observa una discrepancia entre la percepción de la satisfacción y del aislamiento social. Esta divergencia merece estudios adicionales que determinen con mayor claridad la relación existente entre estas dos variables.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda asesorar la población investigada, a través de charlas y talleres sobre temas relacionados con las variables de riesgo que son la personalidad tipo A y la percepción de soledad. Fomentar recursos para mejorar las dificultades de personalidad con los que los adolescentes afrontan las diferentes situaciones de la vida, entre los cuales se encuentran: la adaptación a cambios, formación de habilidades para un equilibrio entre el estudio y la vida social, a través de talleres y representaciones con la participación de los estudiantes.
- Generar actividades de vinculación con la comunidad educativa para estrechar las relaciones con los estudiantes, a través de la escucha activa y la expresión de las presiones y temores de los adolescentes en relación al área educativa.
- Contrarrestar la percepción de soledad en las redes sociales de los estudiantes, especialmente en las relaciones de familia, a través de la creación de actividades como charlas, escuela para padres, y actividades extracurriculares, que permitan el mejoramiento de la comunicación de los adolescentes mediante la expresión de sus opiniones y emociones, sus miedos, inquietudes e ilusiones, tanto con sus padres, como con los maestros y sus pares.
- Promover campañas de sensibilización para prevenir el inicio del consumo de tabaco, de alcohol, y otras sustancias, así como para combatir los efectos adversos causados por el consumo de dichas sustancias; sobre todo, en edades tempranas, mediante el fortalecimiento de las variables protectoras y la intervención en aquellas que se muestran como factores de riesgo, tanto de manera primaria, secundaria y terciaria, desarrollando programas acordes a cada una de estas.
- Involucrar activamente a la comunidad docente en el abordaje de la problemática tratada en este estudio, haciéndole partícipe, mediante el conocimiento de los resultados de esta investigación, y recomendando la realización de charlas y mesas redondas en donde se busquen propuestas positivas para generar un incremento de las variables protectoras en la población adolescentes, así como una disminución de la incidencia de las variables de riesgo.
- Se recomienda también la realización de más estudios que relacionen el consumo de alcohol y otras sustancias con variables psicosociales asociadas a la salud mental, tanto dentro de esta institución como en otras unidades educativas de la zona, y con una

determinada frecuencia, de modo que pueda darse continuidad a la recolección de información sobre este tópico, se incremente el conocimiento de la realidad en la que se encuentran nuestros adolescentes, y se pueda intervenir tempranamente cuando se detecten factores de riesgo que amenacen el buen desarrollo mental de la población estudiantil de nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alino M, López J, Navarro R. (2012). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Rev Cub Med Gen Integr.* 2006; 22(1). Obtenido de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100009yscript=sci>
- AUGE (2013). *Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas*. Chile: Gobierno de Chile.
- Avendaño, C. O. (2012). *Episodios de ansiedad y depresión en universitarios de Tunja*. Argentina : Investigaciones Andina.
- Barra, S. (2012). *Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Barragán, M. (2010). *Factores de riesgo que consideran los escolares incidn en el consumo de deogas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Barros, M. (2013). *Efectos del consumo de drogas sobre la salud de los adolescentes* . España : Universidad de Cantabria.
- Becoña, E. (2010). *Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto* . España : Universidad de Santiago de Compostela.
- Bosch, A. (2012). *Resiliencia*. España : Educación Médica.
- Camarotti, A. D. (2013). *Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela: estrategia de formación docente* . Brasil : Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita Fiho.
- Castro, A. y Díaz, J. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos. *Psicothema*, 14(1), 112-117.
- Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J., y Almirón, L. (2006). Ansiedad, depresion y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes. *Revista De Posgrado De La Via Cátedra De Medicina*, 162, 1-4.
- Cohen, S., Kamarch, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396
- Colmenares, E; Saldívar, G J; Caraveo, J J; (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41() 177-188. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10641306>
- CONSEP (2010). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2009 - 2012*. Obtenido el 15 de Septiembre de 2015, de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%20Plans/ECUADOR%202009-2012.pdf

- Deza, S. (2013). *Violencia Familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombre que ejercen violencia*. Obtenido el 15 de Septiembre de 2015, de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/11_deza.pdf
- Escadón, R. (2012). *¿Qué es salud mental?* . México : SINAVE.
- Fernández-Castillo, A., y Gutiérrez Rojas, M. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7, 49-76.
- Gálido, F. (2010). *Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo del drogas*. España : SEMFYC.
- García, R. (2010). *La personalidad adolescente y su desarrollo social y moral* . México : Aprendizaje y desarrollo de la personalidad.
- García, M. O. (2012). *Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas* . México : Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Gómez, C. L. (2011). *El alcoholismo, una problemática actual*. Villa Clara : Policlínico Universitario "Marta Abreu".
- Gómez, L. F. (2012). *Psicología de la personalidad y diferencial* . Colombia : CEDE.
- Gómez, V. F. (2012). *II Plan integral de salud mental de Andalucía*. España : Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Gutiérrez, J. (2010). *Alcohol, adolescentes y jóvenes*. España : XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente .
- Hernández, M. (2014). *Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones*. Madrid: Health and Addictions.
- Herrera, A. S. (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México: SINAVE.
- Huebner, E.S. (1991). Initial Development of the Student's Life Satisfaction Scale [Desarrollo inicial de la escala de satisfaccion vital para adolescentes] . *Social Psychology International*, 12, 231-240
- Iglesias, J. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales* . España : Universidad de Santiago de Compostela .
- Insulza, J. (2012). *El problema de drigas en las Américas*. España : Organización de los Estado Americanos.
- López, A. S. (2010). *Estructura social, apoyo social y salud mental*. España : Universidad Complutense de Madrid.

- Macías, M. O. (2013). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. Colombia : Universidad del Norte.
- Maté, M., Gonzales, S., y Trigueros, M. (2010). *El apoyo social*. Obtenido el 15 de septiembre de 2015, de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf
- MacLeod, S. (2016). *Type A Personality [Personalidad Tipo A] | Simply Psychology. Simplypsychology.org*. Obtenido el 15 de septiembre de 2015, de <http://www.simplypsychology.org/personality-a.html>
- Medina, O. R. (2012). *Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes*. Colombia : Universidad Nacional a Distancia (UNAD).
- Mena, M, y Muñoz, S. (2010). *Presión social y consumo de alcohol en los Adolescentes* (tesis de grado). Universidad de Cuenca. Cuenca. Ecuador.
- Meninger, K. (2012). *Salud mental*. México : SINAVE.
- Mingote, J., Requena, M. and Álvarez, J. (2008). *El malestar de los jóvenes* (pp. 18-19). Madrid: Díaz de Santos.
- Moreno, J. y Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología Desde El Caribe*, 28, 39-76.
- Moyano, E. R. (2010). *Bienestar subjetivo; midiendo satisfacción vital*. Chile: Universidad de Talca.
- Navarro, J. P. (2015). *El proceso de socialización de los adolescentes. entre la inclusión y el riesgo. Recomendaciones para una ciudadanía sostenible*. Canadá: Universidad de Westen Ontario.
- Navas, W. V. (2012). *Trastorno de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria*. Costa Rica : Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.
- OMS. (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. EEUU: OMS.
- OMS. (2014). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Alcohol : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Orlandini, A. (2012). *El Estrés: qué es y cómo evitarlo*. México: CFE.
- Ortego, M. L. (2010). *El apoyo social*. España : Universidad de Cantabria .

- Osorio Rebolledo, E., Ortega de Medina, N., y Pillon, S. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 12(spe), 369-375. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692004000700011>
- Pasqualini, D. L. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral*. Argentina : Universidad de Buenos Aires.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures [Validación adicional de la escala de satisfacción vital: evidencia para la convergencia del método cruzado de mediciones de bienestar]. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149–161.
- Pérez, N. (2013). *Variables predictivas con la satisfacción con la vida* . España : Universidad de Barcelona.
- Robertson, E., Davis, S., y Rao, S. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*. Bethesda, Md.: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas.
- Rusell, D., Peplau, L., y Cutrona, C. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 39, No. 3, 472-480
- Salgado, A. (2015). *Salud Mental y promoción de factores protectores psicosociales*. Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Sánchez, E. (2010). *Apoyo Social, integración social y salud mental* . España : Dialnet .
- Serrano, J. (2010). *El desarrollo Cognitivo del Adolescente* . México : Aprendizaje y desarrollo de la personalidad .
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher P., y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back [La escala breve de resiliencia: evaluando la capacidad para recuperarse]. *International Journal of Behavioral Medicine*. September 2008, Vol 15 (3), pp 194-200. DOI: 10.1080/10705500802222972.
- Szerman, N. P. (2010). *Patología Dual: Trastornos de la personalidad* . España : EDIKAMED.
- UNICEF. (2011). *La adolescencia, Una época de oportunidades*. EEUU: UNICEF .
- UNODC. (2014). *Informe mundial sobre las drogas*. Ginebra: UNODC.
- Valdivia, C. G. (2012). *Avances desde la terapia de aceptación y compromiso* . España : Universidad de Granada .

- Vargas, M. R. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso* . Costa Rica : Universidad de Costa Rica .
- Varverde, C. F. (2010). *Factores de riesgo para el consumo recreacional de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en estudiantes*. Venezuela : Universidad Central de Venezuela .
- Vergara, A. C. (2013). *Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados*. Colombia : Revista colombiana de Psiquiatría.
- Vinnacia, S., Quiceno, J., y Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana De Psicología*, 16, 139-146.
- Villarreal-González, M., Sánchez-Sosa, J., Veiga, F., y del Moral, G. (2011). Contextos de desarrollo, malestar psicológico, autoestima social y violencia escolar desde una perspectiva de género en adolescentes mexicanos. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 171-181. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n2a5>

ANEXOS

Anexo 1

Carta de Presentación del Proyecto para Rectores

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DEPARTAMENTO Y TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

Proyecto: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015”

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO PARA RECTORES DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Loja, Mayo 2015

Estimado/a Sr./a. Rector/a. _____, reciba un cordial saludo desde la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) a través del Departamento y la Titulación de Psicología, el presente tiene como finalidad presentar a usted el trabajo de investigación denominado “Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015”, en el cual se vinculan estudiantes y egresados de la Titulación de Licenciados en Psicología, como investigadores de campo y tesis.

La importancia de esta temática radica en que la salud mental según la Organización Mundial de la Salud, es 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; por otro lado el consumo problemático de drogas es reconocido por el Ministerio de Educación como un problema social ya que afecta a toda la comunidad, en especial a niños y jóvenes, con un alto consumo de alcohol, tabaco y fármacos en el ámbito nacional, por esta razón mediante el Programa Nacional de Educación Preventiva para el Uso Indebido de Drogas PRONEP/UID, dispone de varios programas y campañas de prevención. Sin embargo, es necesario realizar un análisis de mayor profundidad para desarrollar planes de intervención eficientes en relación a esta problemática, por ello se investigará sobre salud mental, personalidad, apoyo social, estilos de afrontamiento, con el propósito de conocer indicadores de bienestar en el estudiante.

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

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

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

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

Atentamente,

Ph.D. Silvia Vaca Gallegos
**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA**

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



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____

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

--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gracias por su colaboración

Anexo 3

Carta de Autorización del Rector

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

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

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

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

F.-----

Fecha: _____

Anexo 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

La Universidad Técnica Particular de Loja a través del Departamento de Psicología, pondrá en ejecución el proyecto denominado **“Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015”**; como parte del desarrollo del proyecto, el señor rector de la institución educativa _____ aceptó y autorizó la aplicación de la batería a los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, razón por la cual ponemos a su conocimiento el siguiente cronograma de trabajo, en el cual se detallan las actividades a realizar en la presente institución.

Evaluador del proyecto:

F: _____

ESTUDIANTE DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA UTPL

Nombre

Anexo 5:

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

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

CI _____

Firma del investigador: _____

CI: _____

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

Anexo 6:

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

ASENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma del investigador:

Fecha:
