



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los
estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito
20D01, Circuito 20D01C06, año lectivo 2015-2016**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Sánchez Pisco, Mayra Monserrate

DIRECTOR: Andrade Quizhpe, Livia Isabel, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO

APROBACIÓN DEL DIRECTORIO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Livia Isabel Andrade Quizhpe

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5 Distrito 20D01, Circuito 20D01C06, de la provincia de Galápagos, año lectivo 2015-2016” realizado por Mayra Monserrate Sánchez Pisco; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, julio 2016

f)

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Sánchez Pisco Mayra Monserrate declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato , Zona 5 ,Distrito 20D01, Circuito 20D01C06 de la provincia de Galápagos, año lectivo 2015-2016” de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo el Mgs. Leonardo Eliecer Tarqui Silva director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f

Autora: Sánchez Pisco Mayra Monserrate

C.I: 2000073938

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios y a mi familia quienes son el motor de mi vida, y para todas las personas que sin importar cuantas veces cayeron siguen intentando tomar su sueño para hacerlo realidad

“Y una vez que la tormenta termine, no recordaras como lo lograste, como sobreviviste.

Ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente.

Pero una cosa si es segura.

*Cuando salgas de esa tormenta, no serás la misma persona que entro en ella,
de eso se trata esta tormenta.”*

Haruki Murakami, Kafka en la orilla

AGRADECIMIENTO

***“No temas, porque yo estoy contigo; no desmayes,
Que yo soy tu Dios que te esfuerzo: siempre te ayudaré,
siempre te sustentare con la diestra de mi justicia”.***

Isaías 41:10

Debo agradecer a Dios porque ha guiado mis pasos hasta el lugar en el que me encuentro hoy.

A mi esposo quien me ha impulsado a conseguir nuevas conquistas en mi vida y me ha enseñado que no hay batalla que no pueda ganar si persevero.

Agradezco a mi madre Leticia quien con sus cuidados y amor me ha enseñado a luchar por mis sueños, a mis hermanos Laura y Edison y mi sobrina Maía quienes son mi más hermosa inspiración.

A mis abuelitos Telma y Gonzalo quienes formaron mi carácter y me amaron incondicionalmente, a mi hermosa familia Pisco Mendoza.

Debo agradecer también a mi tutora de investigación, Mgs. Livia Andrade, quien me oriento para cumplir el tan anhelado sueño de culminar mi carrera.

Gracias a todas las personas que me ayudaron de alguna manera para que yo pudiera culminar este sueño.

Mayra Sánchez Pisco

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Carátula	i
Aprobación del trabajo de titulación	ii
Declaración de autoría y cesión de derechos	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de contenidos	Vi
Resumen	Xi
Abstract	Xii
Introducción	1
Capítulo I: Marco teórico	3
Salud Mental	4
1.1. Definición de salud mental	4
1.2. Factores asociados a la salud mental	6
1.2.1. Personalidad	6
1.2.2. Estrés	9
1.2.3. Apoyo Social	10
1.2.4. Inflexibilidad psicológica	11
1.2.5. Compromiso vital	12
1.2.6. Resiliencia	13
1.2.7. Ansiedad y depresión	14
1.2.8. Satisfacción vital	17
Consumo de drogas	17
1.3.1. Consumo problemático de drogas	17
1.3.2. Consumo problemático de alcohol	20
1.3.3. Causas del consumo de drogas	22
1.3.4. Consecuencias del consumo de drogas	24
Adolescentes	25
1.4.1. Desarrollo biológico	27

1.4.2. Desarrollo social	26
1.4.3. Desarrollo psicológico	29
Capítulo II: Metodología	32
2.1. Objetivos	32
2.1.1. General	32
2.1.2. Específicos	32
2.2. Preguntas de investigación	32
2.3. Diseño de la investigación	33
2.4. Contexto	33
2.5. Población	35
2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	36
2.6.1 Métodos	36
2.6.2. Técnicas	37
2.6.2.1. Batería de instrumentos psicológicos	37
2.7. Procedimiento	39
2.8. Recursos	40
Capítulo III: Análisis y discusión de los resultados	42
Análisis de los resultados	43
3.1. Datos psicosociales	40
3.2. Análisis de los resultados generales	45
3.3. Análisis de los resultados respecto al género femenino	51
3.4. Análisis de los resultados respecto al género masculino	58
Discusión	65
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
Referencias bibliográficas	71
Anexos	80

ÍNDICE DE TABLAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Tabla 1: Recursos Financiero	41
Tabla 2. Frecuencia de Estrés (PSS-14)	46
Tabla 3. Frecuencia de inflexibilidad psicológica (AAQ-7)	47
Tabla 4. Frecuencia de Tipo de Personalidad Tipo A (Type A)	48
Tabla 5. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA)	48
Tabla 6. Frecuencia de Resiliencia (BRS)	49
Tabla 7. Frecuencia de consumo problemático de otras drogas ASSIT)	50
Tabla 8. Frecuencia de Ansiedad y Depresión (PHQ-9)	50
Tabla 9: Frecuencia de Satisfacción Vital (LSQ)	51
Tabla 10. Frecuencia de Estrés (PSS-14) género femenino	53
Tabla 11. Frecuencia de inflexibilidad psicológica (AAQ-7) género femenino	54
Tabla 12. Frecuencia de Tipo de Personalidad Tipo A (TYPE A) género femenino	54
Tabla 13. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA) género femenino	55
Tabla 14. Frecuencia de Resiliencia (BRS) género femenino	56
Tabla 15. Frecuencia de consumo problemático de otras drogas (ASSIT) género femenino	56
Tabla 16. Frecuencia de Ansiedad y Depresión (PHQ-9) género femenino	57
Tabla 17: Frecuencia de Satisfacción Vital (LSQ) género femenino	57
Tabla 18. Frecuencia de Estrés (PSS-14) género masculino	59
Tabla 19. Frecuencia de inflexibilidad psicológica (AAQ-7) género masculino	60
Tabla 20. Frecuencia de Tipo de Personalidad Tipo A	61

(TYPE A) género masculino

Tabla 21. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA) género masculino 61

Tabla 22. Frecuencia de Resiliencia (BRS) género masculino 62

Tabla 23. Frecuencia de consumo problemático de otras drogas (ASSIT) género masculino 63

Tabla 24. Frecuencia de Ansiedad y Depresión (PHQ-9) género masculino 63

Tabla 25: Frecuencia de Satisfacción Vital (LSQ) según el género masculino 64

ÍNDICE DE FIGURAS

ASPECTOS	PAGINACIÓN
Figura 1. Sexo	43
Figura 2. Edad de los participantes	43
Figura 3. Año de bachillerato	44
Figura 4. Batería con resultados estandarizados	45
Figura 5. Test de AUDIT	47
Figura 6. Batería con resultados estandarizados. Género femenino	52
Figura 7. Porcentajes test AUDIT. Género femenino	53
Figura 8. Batería con resultados estandarizados. Género masculino	58
Figura 9. Porcentajes test AUDIT. Género masculino.	59

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo analizar las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06 en el año lectivo 2015-2016.

El tipo de investigación que se utilizó fue el descriptivo y transversal, como técnica se utilizó una batería de 10 instrumentos psicológicos que permite medir variables como: sociodemográficas, preguntas relacionadas con el estrés, Apoyo Social, resiliencia, Personalidad tipo A, flexibilidad e inflexibilidad psicológica, consumo problemático de alcohol, consumo problemático de sustancias, ansiedad y depresión y de satisfacción vital.

La muestra se obtuvo mediante el muestreo casual accidental con un total de 51 estudiantes de edades comprendidas de entre 14 a 17 años, pertenecientes a instituciones educativas mixtas de la sección diurna.

Luego del tratamiento estadístico de datos se llegó a la conclusión que las variables de riesgo relacionados con la salud mental son personalidad tipo A, bajo nivel de apoyo social y flexibilidad psicológica, en tanto que las variables de protección con puntajes altos en satisfacción vital, resiliencia, bajo consumo de sustancias y alcohol.

PALABRAS CLAVES: drogas, alcohol, personalidad, salud mental, adolescencia

ABSTRACT

The investigation aimed to analyze the psychosocial variables associated to the mental health of students in freshmen and sophomore year of secondary Education of Zone 5, District 20D01, Circuit 20D01C06 during the 2015-2016 school year.

The type of investigation used was descriptive and transversal, as technique was used a battery of 10 psychological instruments to measure variables such as: sociodemographic, questions related to stress, social support, resilience, type A personality, flexibility and psychological inflexibility problematic alcohol consumption, problematic substance use, anxiety and depression and life satisfaction.

The sample was obtained by casual accidental sampling with a total of 51 students between the ages of 14-17 years. They belong to mixed educational institutions in the daytime section.

After statistical data processing was concluded that the risk variables related to mental health are type A personality, low social support and psychological flexibility. While that the protection variables with high scores on life satisfaction, resilience, low consumption of substances and alcohol.

KEY WORDS: drugs, alcohol, personality, mental health, adolescence

INTRODUCCIÓN

Actualmente se está viviendo vertiginosos procesos de cambios contextuales; con variables culturales y ambientales, factores sociales y personales. Dentro de los factores sociales los adolescentes pueden ser influenciados a la iniciación del consumo de alcohol y otras drogas por la publicidad de los medios de comunicación (Espada, Botvin, Griffin, Mendez, 2003, p.5)

La incidencia de la modernidad interfiere en la identidad de los jóvenes que se ven seducidos a formar parte de una sociedad que consume, dándose casos de dependencias y consumos problemáticos.

Esta investigación trata sobre “Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06, de la provincia de Galápagos, año lectivo 2015-2016” permitiendo el análisis de la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes investigados.

La presente investigación consta de tres capítulos, distribuidos de la siguiente forma:

Capítulo I el marco teórico se realiza una revisión bibliográfica de factores psicosociales relacionados con la salud mental; estrés, apoyo social, personalidad, inflexibilidad psicológica, ansiedad, depresión, compromiso vital, satisfacción vital, resiliencia y personalidad, también se hace un análisis en base a los argumentos bibliográficos sobre la adolescencia su desarrollo biológico, social y psicológico.

Capítulo II se ha abarcado la metodología de la investigación, se explican los objetivos, las preguntas de la investigación, el diseño investigativo, el contexto, la población investigada, los métodos, técnicas e instrumentos utilizados, los procedimientos y los recursos. La investigación utilizó la investigación descriptiva, y los métodos utilizados fueron el descriptivo, estadístico y transversal.

Capítulo III en este apartado se realiza el análisis y descripción de los datos investigados con sus respectivas gráficas, lo que permite visualizar y realizar una interpretación de los

resultados obtenidos, e identificar las variables protectoras o de riesgo de nuestra investigación y comprobar los objetivos planteados.

La investigación culmina con la discusión de los resultados obtenidos, conclusiones y las recomendaciones, así también se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos referentes a la presente investigación.

La presente investigación permitirá realizar una reflexión y análisis sobre el consumo de sustancias en los jóvenes de la población investigada, además ayudara a identificar los factores psicosociales que intervienen en la salud mental.

Para los objetivos en el desarrollo de la investigación se ha mantenido el objetivo general Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental a nivel nacional en los estudiantes de bachillerato, el mismo que se ha alcanzado mediante la aplicación de diez instrumentos basados en las variables descritas en este apartado, a estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la institución educativa investigada, y posterior consecución de los objetivos específicos.

Dentro de las facilidades de este trabajo investigativo, se obtuvo una total colaboración por parte del Rector del Plantel Educativo investigado así como de los maestros y psicóloga educativa, adicional a esto la metodología desarrollada por el equipo de investigación de la Universidad Técnica Particular de Loja, permitieron realizar una investigación óptima.

Entre las limitaciones se plantean el desinterés de algunos de los jóvenes a investigarse en responder la batería de instrumentos psicológicos aplicados., la misma que puede ser causada debido al gran número de reactivos de las baterías aplicadas, por lo que se recomienda la utilización de instrumentos menos extensos.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

Fundamentación teórica

Las principales referencias teóricas que abordan el tema se encuentran expuestas a continuación.

1.1 Salud Mental

¿Qué se entiende por salud mental?

La salud es integral, por lo que al referirse a salud, Oblitas (2010, p.3) indica que “se trata del bienestar físico, psicológico, y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva del comportamiento del ser humano, este concepto implica vitalidad y adaptabilidad lo que lo hace una definición positiva.”

1.1.1 Definición de salud mental

El concepto de salud es amplio, y abarca todos los aspectos que comprenden la vida del ser humano.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (1983) ha emitido las siguientes recomendaciones para el ámbito sanitario (como se citó en Oblitas, 2010, p.4)

- Promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal.
- Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas , en lugar de fijar la óptica en la enfermedad
- Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios
- Estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios.

Acotando lo expresando por Oblitas, la OMS define a la salud mental como “un estado de bienestar social en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (2013, párr.1).

Dentro del desarrollo humano y su contexto en general la salud mental es de vital importancia. Bang, (2014) expone que “desde la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de políticas internacionales en salud mental propone la transformación del sistema manicomial hacia una atención de los padecimientos mentales en comunidad” (p.110). Es decir que ya no se encierra o se aísla al paciente con problemas de salud mental, sino más bien se lo integra al medio, para que este pueda a su vez desarrollar su vida con naturalidad, en el medio en el que vive.

Otro autor Daniels, (1998) expresa en palabras sobre la importancia de integrar a las personas, como parte de su recuperación, sostiene que:

El principal aporte de la atención y la salud en cualquiera de sus formas, sea pública o privada, preventiva o curativa, en fase aguda o crónica, a nivel físico o de salud, es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que sus actividades sean tan cercana a lo normal posible. (Citado en Vélez, A. 2007, p.67)

Por lo expuesto, se evidencia que no solo las personas con buena salud mental pueden hacer una contribución a la comunidad, sino también las personas con padecimiento mentales al ser integrados a la comunidad, siempre y cuando se prepare a la comunidad y al paciente para que pueda ser incluido y no excluido, es decir pueda compartir y disfrutar de una vida sin prejuicios, con dignidad, siendo partes de la sociedad.

Finalmente la Asociación Americana de Psicología, American Psychological Association o APA en inglés (2015) define a la salud mental:

Como una forma en la que los pensamientos, sentimientos y conductas afectan a la vida del ser humano, la buena salud mental conduce a una imagen positiva de uno mismo y a su vez a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas (parr.1).

En general, son diversas las definiciones que se ha dado a la Salud Mental pero se puede concluir en función de los autores citados que salud mental es la armonía de pensamiento y forma de vida del individuo y la sociedad, por lo que una persona con buena salud mental

debe ser capaz de afrontar los retos de la existencia en el diario vivir, con sus complicaciones y dificultades.

1.1.2 Factores que intervienen en la Salud Mental

La Salud Mental está determinada por múltiples factores:

Entre ellos encontramos sociales, económicos, ambientales y culturales, a través de la exploración del eje IV propuesto por la American Psychiatric Association (2002) en la evaluación multiaxial, se pueden identificar estresores psicosociales y ambientales como: problemas relativos al grupo primario, al ambiente social, educativo, laboral, legales, y de acceso a los servicios de salud, entre otros. (Como se citó en Londoño et al., 2010, p.3)

Teniendo en consideración esta definición las vivencias, experiencias, entorno, y vida diaria influirán de alguna manera en la salud mental de la persona. Por lo que se infiere que estas pueden afectar o beneficiar nuestra salud mental.

Estos factores se pueden entender a través de los términos: personalidad, estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, inflexibilidad psicológica, compromiso y satisfacción vital, además que le lleva a comprender lo que engloba la salud mental.

1.1.2.1. Personalidad

Cloniguer (2003, p.3) describe a la personalidad como “causas internas que subyacen al individuo y a la experiencia de la persona”.

Acotando lo expuesto Colom (2011), indicó que “la personalidad es una suposición científica que se justifica por el tipo de actos que realiza cotidianamente las distintas personas, además manifiesta que la personalidad es la que gobierna, hasta cierto punto la conducta de los individuos, pero su conducta no siempre corresponde con su personalidad.” (p. 427).

Se infiere que un individuo puede tener cierto tipo de personalidad, sin embargo son las situaciones las que hacen que la conducta cambie. Cada situación requerirá cierto comportamiento; por ejemplo una persona callada y tímida, ante una agresión puede responder de forma negativa sin que esto sea motivo para etiquetarla con una personalidad agresiva.

Además señala que el comportamiento humano se puede analizar desde distintas dimensiones:

- Dimensión social: se ocupa de las bases sociales de la conducta
- Dimensión biológica: se encarga de sus bases orgánicas
- Dimensión funcional: analiza propiedades psicológicas, como la memoria , el aprendizaje o el lenguaje social se ocupa de las bases sociales
- Dimensión personal: integra los conocimientos de todas las dimensiones para resumir la personalidad humana.

Freud por su parte describe tres estructuras de la personalidad, el Yo, el Ello, y El superyó. (Cloniger, 2003, p.43).

- El Ello que contiene los instintos biológicos, es decir cuando nacemos tenemos esta estructura de la personalidad presente. En general antepone su bienestar y placer. Para Freud el Ello es la fuente de la energía psíquica, llamado libido, esta energía es de tipo sexual. Según esta teoría todo el aspecto de la personalidad se deriva de esa energía
- El Yo, es la estructura de la personalidad que conduce a su unidad y que está en contacto con el mundo real. Opera de acuerdo con el principio de realidad. Es decir que es la parte que entiende lo que sucede en la realidad y se adapta a las exigencias del mundo. El Yo puede retrasar la gratificación y planear. La salud mental requiere de un Yo fuerte.
- El superyó, la tercera estructura de la personalidad, el superyó es el representante interno de las reglas y restricciones de la familia y la sociedad. Genera culpa cuando se actúa contrariamente a las normas, representa una forma inmadura y rígida de la moral

Otra clasificación de la personalidad es la realizada por Friedman y Rosenman en (1959) describen dos tipos de personalidad; tipo A y B, cada una con características diferenciales, como se detalla: (Como se citó en Saban y Fabregate, 2012, p. 575)

- Las características que definen la personalidad Tipo A son la competitividad y el perfeccionismo, con frecuencia son hiperquinticos e impacientes. Suelen ser delgados pero no siempre porque en ocasiones tienen compulsión al alimento y engordan a pesar de la hiperactividad especialmente si hay historia familiar de obesidad.
- La personalidad de Tipo B, son poco competitivos y conformistas. Con frecuencia son sedentarios y en el tiempo actual tiende a la obesidad

Una definición interesante sobre la personalidad es la de Llaneza (2009) que manifiesta que:

La personalidad Tipo A se caracteriza por un dinamismo intenso, una gran capacidad para mantener un esfuerzo necesario para realizar objetivos autoseleccionados pero definidos, el deseo de participar en unas actividades que implican rivalidad y competición la necesidad de someterse a una exigencias temporales a fin de acelerar el ritmo de los logros, mientras que la personalidad tipo B suministrarían la imagen en negativa del primero (p.464).

La personalidad puede verse influenciada por distintos factores:

La dinámica de la personalidad involucra múltiples influencias, tanto del ambiente como interior de la persona. En el ambiente, las situaciones pueden proporcionar oportunidades para satisfacer las metas o las amenazas que requieren adaptación. Dentro de la persona varios aspectos de la personalidad pueden combinarse para influir en el comportamiento (Cloniger, 2003, p. 9).

Articulando esta definición con el concepto de la salud de Moreno, Garrosa, y Gálvez, (2005) “considera a la personalidad como el factor determinante del que dependen las prácticas saludables o las conductas de riesgo” (p. 3). Es de decir que la personalidad influirá en que tan activa o pasiva sea una persona, o cuanta atención brinde a su estado de salud.

Teniendo en cuenta estas definiciones de personalidad se deduce que la personalidad es influenciada por factores internos, como externos, por lo tanto se concluye que no existen dos individuos con una personalidad igual, al contrario cada individuo es un mundo diferente, con pensamientos, opiniones, forma de ser, que pueden afrontar las cosas totalmente distintas ante situaciones similares, incluso si estas han sido formados bajo condiciones parecidas.

1.1.2.2. Estrés

En el análisis bibliográfico sobre el estrés, Style (1936) quien tiene por profesión la medicina, cuyo origen es Canadiense fue el primero en dar una definición al estrés; “como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nerviosos endocrinos e inmunológico” (como se citó en Pose, 2015, párr.1).

Mientras que para Oblitas (2010). la definición de estrés varía en función del modelo teórico, es así que existe un punto ambientalista que lo define como algo externo que provoca tensión, otro enfoque se centra en la respuesta, puesto que considera el estrés como resultado no especificado de cualquier demanda sobre el cuerpo, una última definición que considera que ni el factor estresor ni la respuesta a esta los estresores ni las respuestas existen separadas sino que ambos conforman la llamada experiencia estrés, entendidas como un proceso interactivo entre situaciones y características del individuo.

Para algunos autores como McEwen (1998) el estrés no siempre denota algo negativo necesariamente.

Desde el punto fisiológico, este se refiere a varios cambios en el organismo (aumento de la frecuencia cardíaca, palmas sudorosas, secreción de hormonas), cabe señalar que a corto plazo podría ser beneficioso, puesto que nos ponemos en alerta y podemos rendir mejor en lo que estemos realizando, pero a largo plazo puede ser un alma letal, que nos causa desgaste e incluso nos podría ocasionar la muerte. (Como se citó en Kail y Cavanaugh, 2006. P. 498)

Es decir el estrés moderado puede llegar a ser positivo para nuestro rendimiento, sin embargo cuando este es frecuente y elevado puede llegar a ser perjudicial para la salud.

El concepto de estrés se va articulando con la salud mental, puesto que Atienza y Cols (2000) definen que “las personas que evidencian una alta satisfacción con la vida poseerían una adecuada salud mental, así como ausencia de estrés, de depresión, de afectos negativos o de ansiedad” (como se citó en Verdugo, J., Guzmán J., Ponce, B., Meda, R., Uribe, J., Guardado, R., 2013, p.81). Mientras más feliz es la persona menor será el estrés que experimentaría.

En base a lo citado se puede concluir que el estrés va a depender de la manera que la persona interprete una situación, es decir que una persona puede estar expuesta a la misma cantidad de trabajo, dificultades etc. sin embargo afrontarla sin experimentar estrés.

1.1.2.3. Apoyo Social

El apoyo social es de vital importancia dentro del proceso integral de la salud mental.

Esto involucra el afecto, afirmación y ayuda, el mismo que es entendido como las transacciones interpersonales (Khan y Antonucci, 1980). Para Prince, Harwood, Blizard, Thomas y Mann, (1997) el apoyo social supone un papel significativo en moderar el impacto de los factores estresantes en la salud. Puesto que se eleva la tasa de mortalidad entre las personas que tienen un escaso apoyo social. (Como se citó en Castellano, 2014)

El apoyo social es necesario para que las personas puedan afrontar sus dificultades, puesto que este alivia la carga y la hace menos pesada sintiendo afecto y soporte de las personas que están alrededor.

Rodrigo & Palacios (2010) textualmente dice “el apoyo social se refiere a todos los intercambios de recursos entre personas que no están entrenadas es decir que no son profesionales para prestar ayuda a otra personas” (p.510).

Por consiguiente para Caplan(1974); Cassel (1974) y Montenegro (2001) el apoyo social ha sido útil como concepto eje para diferentes desarrollos sobre cómo las relaciones humanas positivas y las redes sociales sirven a los seres humanos para encontrarse en estados de relativo bienestar y para superar acontecimientos estresantes con los que se enfrentan durante su vida (como cita Galván, Romero, Rodríguez, Durand, Colmenares, Saldívar, 2006)

El apoyo social puede ser dividido en tres grupos; conexión social, apoyo social percibido y apoyo social recibido. (Ibáñez, Matud, Caballeria, López. Marrero, 2002, p.33)

- La conexión social se refiere a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social.
- El apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros

- Finalmente el apoyo social recibido se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, como el préstamo de dinero o ser escuchada por algún amigo.

Se infiere que el apoyo social, es todo tipo de soporte que las personas que forman parte de una red brindan a la persona para enfrentar, o soportar situaciones, estas redes de apoyo pueden ser de amigos, familiares, laboral o religioso o de otras índoles.

1.1.2.4. Inflexibilidad Psicológica

El trastorno de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica ocurre:

Cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas (ya sean pensamientos, recuerdos, sensaciones, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal, (Boulanger, Hayes y Pistorello 2010) (como se citó en López, 2014).

Las experiencias vividas hacen que la persona trate de bloquear a través de cualquier medio las situaciones experimentadas.

Lo que es apoyado con lo manifestado por los autores Luciano, Gutierrez y Rodriguez (2015) quienes señalan que la evitación experiencial “es una práctica común en el ser humano (el rechazo de lo que uno no quiere) pero resulta en un problema cuando se convierte en un patrón generalizado rígido y, por tanto exento de acciones controladas” (p. 336).

Otro autor en su análisis de la literatura sobre el trastorno de evitación experiencial lo señala como:

Un patrón de la inflexibilidad psicológica que permite conceptualizar los trastornos de personalidad, la depresión, la ansiedad u otros trastornos emocionales de un modo funcional-contextual, que se traducirá en una persona que muestra una regulación de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica se ha generalizado a todos los dominios vitales y se presenta de manera altamente con contenidos sobre sí mismo y los demás, además de reglas de funcionamiento cronificada rígidas (Ruiz, 2014, p.56).

Es así que una de las características principales de este trastorno es la rigidez y esquemas establecidos, los mismos que la persona no desea cambiar, ni que estos le sean cambiados.

Por otro lado los autores Luciano, Páez y Valdivia (2010) explican que “cuando la evitación experiencial es la estrategia principal de funcionamiento personal, estaríamos ante un patrón limitante e inflexible” (p.144). Debido a que como se ha expuesto, las personas tratan de evitar una experiencia y al encontrar un alivio se sostienen de este, buscando esa eliminación momentánea del malestar.

Con base a lo expuesto, se define a la inflexibilidad psicológica como la dificultad del individuo para enfrentar situaciones vividas que le son de desagrado total, por haber causado un impacto en su vida, esto puede ser producto de una violación, abuso físico, psicológico o de otro tipo, sentimientos que el individuo se niega a experimentar nuevamente, reemplazándolos con medidas que den alivio momentáneo a los mismos.

1.1.2.5. Compromiso vital.

El compromiso vital no es un factor que altera la salud mental, sin embargo permite un equilibrio en la vida de la persona, que se compromete consigo mismo y los demás.

Para Báez, Serna y Vargas (2013) plantea que el compromiso vital:

Implica pasos que están enfocados en una orientación consistente con valores de la persona, queriendo decir que la acción comprometida sería entonces un sinónimo de los valores. Sin embargo, la acción comprometida enfatiza en la elección continua y reelección de una dirección (párr. 21).

El compromiso vital esta también relacionado con la ética de la responsabilidad puesto que “pone acento en el compromiso vital con los otros, especialmente con los más débiles y excluidos y con la naturaleza, que hace posible la vida humana” (Touriñan, 2008, p.172). No se trata solo de una responsabilidad personal, sino con el medio que nos rodea. La vida misma.

Se deduce entonces que un compromiso es una obligación voluntaria que alguien adquiere, que hace a la persona dirigir sus acciones hacia cumplir con lo comprometido. Por lo tanto el compromiso vital es la obligación voluntaria de la persona a vivir plenamente su vida.

1.1.2.6. Resiliencia.

“El concepto de resiliencia se viene estudiando, aproximadamente, desde la segunda mitad del Siglo XX; tiene como origen etimológico la palabra latina "resilio" que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar según los autores Becoña (2006); Luthar (2006)” (como se citó en Quinceno y Vinaccia, 2011)

Sin embargo el concepto de resiliencia ha sido tratado y definido de forma diferente por autores europeos y estadounidenses. El concepto manejado por autores europeos, en su mayoría franceses, relacionan resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático,

Al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. El concepto de resiliencia utilizado por autores norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándola del concepto de crecimiento postraumático” (Carretero, 2010 párr.14)

De lo expuesto se puede inferir que la resiliencia es una forma de afrontamiento que tiene las personas, unas más desarrolladas que otros, y de la misma dependerá la capacidad de la persona para sobrellevar las dificultades, pruebas o inconvenientes que se susciten en el trascurso de su vida.

Para Moreno et al. (2005, p.9) la resiliencia tiene dos componentes principales con perspectiva positiva:

- La resistencia a la destrucción de estas personas
- La capacidad de reconstruir sobre circunstancias o factores adversos

Los autores Garmezy, Masten y Coastworth, manifiestan que la resiliencia refleja la habilidad de los sistemas para mantener un equilibrio desde que aparecen los acontecimientos estresantes hasta que se superan. De este modo, podemos afirmar que en la concepción de la resiliencia interactúan tres conjuntos de elementos; aspectos personales, entorno familiar y apoyo social (como se citó en González, Vásquez, y Álvarez, 2013)

Un concepto curioso es el de la resiliencia en la ingeniería es el expresado por Hibbeler (2006) “representa físicamente la capacidad de este de absorber energía sin ningún daño permanente en el material” (p. 96). Al igual que el material que absorbe la

energía sin ser dañado, en los seres humanos la resiliencia trata sobre la capacidad de afrontar problemas, o traumas sin ser absorbidos por estos.

Expresada en forma simple la resiliencia es la capacidad de resistencia que tiene una persona, para afrontar lo adverso. La carrera de la vida es larga para unos y cortas para otros, algunas personas podrán continuar y seguir ante lo adverso, pero otros simplemente se rendirán en la carrera y se darán por vencidos en su inicio.

Una persona con alta resiliencia puede recuperarse con rapidez y aprovechar esas situaciones para salir victorioso, por ejemplo una persona que ha perdido su trabajo, podría deprimirse y desesperarse y quedarse en ese estado por largo tiempo, una con alta resiliencia, buscará otras oportunidades de trabajo con mejores condiciones, o lo tomara como una oportunidad para emprender su propia empresa.

1.1.2.7. Ansiedad y Depresión

En la adolescencia predominan ciertas emociones negativas como:

La ansiedad y depresión, las mismas que se las asocia con situaciones estresantes como frustración y expectativa y miedo al fracaso, todas estas emociones pueden generar insatisfacción personal, y pueden dar una autoevaluación negativa del adolescente, aumentando la ansiedad en este. (Mingote y Requene, 2008, p.18)

Oblitas (2010) indica que “la ansiedad es una sensación experimentada por todos en mayor o menor medida en diferentes momentos de la vida cotidiana” (p.165).

Otro autor Heinze (2010) afirma que “los trastornos de ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos que se caracteriza por la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad, o una combinación entre ellos” (p.7)

Las personas dentro del desarrollo de su vida han experimentado situaciones o momentos que le han provocado ansiedad, esto sucede puesto que como lo señala Clonigie (2003) “Cuando reconocemos que somos confrontados por eventos que están fuera del rango de conveniencia de nuestro sistema de constructos” (p. 396).

Para Baeza et al (2008) existen 5 manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad (p. 6), las mismas que se detalla:

- Físicos y psicológicas.- Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de mareo e inestabilidad , Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización.
- De conducta.- Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios de expresividad y del lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de las manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
- Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuido, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, también destacan las sociales caracterizadas por Irritabilidad, hostilidad, ensimismamientos, dificultades para iniciar o seguir una conversación, etc.

La ansiedad se puede inferir como un estado en el cual existe una reacción física, y psicológica en la cual la persona siente temor, preocupación por una situación, evento o acontecimiento que siente esta fuera de su control.

La misma puede experimentarse con diferentes manifestaciones sintomatológicas, por ejemplo síntomas físicos, producidos por la ansiedad por un examen para el cual la persona no se considera preparado, o cuando existe una operación de alto riesgo para un familiar cercano. Ambas son situaciones que pueden causar ansiedad, pero que pueden ser experimentadas de diferente forma.

La primera persona descrita puede experimentar síntomas físicos como sudoración, taquicardia y temblores, mientras que la segunda persona puede experimentar al mismo tiempo síntomas físicos, psicológicos y de conducta.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de medicina interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. El diagnóstico no es fácil lo que no permite en algunos casos atenderla oportunamente. (Purriño, p.1)

De acuerdo a Molina y Arranz (2010) se puede encontrar la siguiente clasificación de la depresión; Depresión reactiva, depresión endógena, Distimia, Trastorno afectivo estacional, depresión primaria Depresión secundaria y Depresión psicótica. Parafraseando sobre esta clasificación tenemos que la depresión menos frecuente es el trastorno bipolar, la más leve es la depresión reactiva, puesto que puede ser superada únicamente con apoyo social y la más compleja de las señaladas es la depresión psicótica debido a que viene acompañada de alucinaciones y delirio.

En la sociedad moderna, el uso continuo de la tecnología podría generar ansiedad, estrés, aislamiento y desconcentración según Juan Guerrero Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia, con tecnología y comunicación instantánea en que vivimos donde las cosas son más rápidas y los problemas parecen aumentar, trastornos emocionales como la ansiedad aparecen con gran fuerza en la población en algún punto de su vida (Sun, 2015).

En algún momento de nuestra vida todos hemos experimentado ansiedad, como señalan los autores, la misma tiene por característica principal el temor, ante situaciones que no podemos controlar y que sentimos están fuera de nuestra zona de confort, es decir por eventos futuros que pudieran darse, mientras que la depresión se la relaciona con eventos suscitados que podrían empezar con la más leve como la depresión reactiva producida por un evento como un despido que sin el apoyo o atención integral podría convertirse en una depresión más grave y difícil de tratar. Es así que es necesario que se realice la detección temprana de los síntomas para que se pueda tratar oportunamente. Además es importante señalar que por lo descrito por la literatura tanto en la ansiedad como en la depresión se presentan problemas de pensamientos y conductas.

1.1.2.8. Satisfacción vital

“El componente cognitivo del bienestar sería la satisfacción vital, ya sea de manera global o por dominios específicos, y el componente afectivo se refiere a la presencia de sentimientos positivos, lo que algunos autores denominan felicidad” (Arita, 2005.) (Como se citó Moyano y Ramos, 2007)

Por otro lado para Leturia, Yaguas, Arriola y Uriarte (2001), la satisfacción vital nos muestra como se encuentra el bienestar psicológico de la persona, la persona denota una mayor satisfacción cuando al comparar lo proyectado con lo alcanzado existe una menor brecha; por ejemplo si el individuo visiono graduarse o conseguir un trabajo a cierta edad y estos lo ha conseguido será mayor su satisfacción.

Mientras que Garduño, et al (2005) El individuo valora la vida, en base a lo que espera de esta, es decir siempre que se acerque a la expectativa será mayor el grado de aceptación y satisfacción, cabe señalar que esta evaluación engloba todas las esferas de la vida humano y no se limita únicamente a lo material o económico.

De la literatura citada se deduce que la satisfacción vital es cuan satisfecho o feliz puedes sentirte con su vida, su entorno, esta satisfacción viene tanto de factores internos que involucra la autoestima, sentimientos de plenitud como factores externos tales como el apoyo social que el individuo pueda tener.

1.3 Consumo de drogas.

1.3.1 Consumo problemático de drogas

Las drogas han representado un gran problema social desde sus inicios como lo señalan Kail y Cavanaugh (2006), “A lo largo de la historia, la gente siempre ha usado sustancias que alteren su conducta, sus pensamientos o emociones” (p. 358).

La OMS (1994) define las drogas de la siguiente manera; en medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. En el

lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales (p.33).

Las drogas son varias y sus efectos diversos por lo cual Rossi (2008) las categorizó de la siguiente manera (p.38):

- Alcohol
- Anfetamina
- Cannabis (Marihuana, hachís)
- Cocaína
- Alucinógeno) LSD y similares)
- Disolventes volátiles (pegamentos, productos industriales)
- Tabaco

A partir de esta clasificación (Rossi, 2008, p.38) habla de tres grupos

- Estimulantes, las anfetaminas, la cocaína el éxtasis y las metilxantinas, cafeína, teofilina, mateina y otros) Estas drogas alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto que producen es el de aumentar y acelerar la actividad funcional. La forma de administración es variada, puede ser mediante ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada por mucosas nasales.
- Los depresores, son los tranquilizantes (benzodiacepinas) los hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), analgésicos, narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros) los anestésicos (éter, cloroformo y otros) y los disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros). Estas sustancias inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso y deprimen o disminuyen la actividad corporal. La administración puede ser por vía intravenosa, oral o fumándolas.
- Alucinógenos, podemos incluir al LSD (dietilamida del ácido lisérgico) el peyote, la mezcalina, el PCP y los cannabis; hachís, aceite de hash y marihuana. Estas drogas provocan en el individuo una alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. Producen delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización.

Oblitas (2010): “El consumo abusivo de drogas tanto legales como ilegales supone un importante problema de salud que afecta de manera especial a los adolescentes” (p. 377). La autoadministración de sustancias ha crecido considerablemente en la población

más joven, puede deberse a que están en busca de nuevas experiencias, requieren de un escape, relajación o simple curiosidad. Cabe señalar que el principal problema está en que son muchos los jóvenes que se quedan enganchados con las mismas, hasta el punto de volverse drogodependientes, convirtiéndose así en una de las problemáticas más complicadas que enfrenta la sociedad ecuatoriana. [OMS] (1983)

El informe mundial sobre las drogas de la oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el delito [UNODC] (2015) se obtuvieron los siguientes datos:

- Un total de 246 millones de personas, o uno de cada 20 personas representada en una población de 15 a 64 años consumieron drogas ilícitas en el 2013.
- Uno de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático, que sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas.
- Según estos datos la droga de mayor preocupación para América Latina es la cocaína.

En lo referente al mayor consumo de cocaína en América Latina, se puede inferir que este puede deberse que como consta en el informe de la UNODCS, los mayores proveedores de cocaína son países latinos como; Colombia, Perú y Bolivia, lo que puede hacer más accesibles y visibles estas drogas, para esta población.

Adicional existen datos en Ecuador, del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, realizó una encuesta a nivel nacional (CONSEP 2012), sobre el uso de drogas a una población de 12 a 17 años. La misma dio como resultados lo siguiente:

- El 20,56 % de la población estudiada tienden a un uso ocasional del alcohol, el 7,03 un uso regular y un 3,62 un uso frecuente, mientras que un 2,03% reporta un uso intenso del mismo.
- Entre los 14 y 15 años existe mayor uso de inhalantes, siendo 1,79% que representa un uso experimental del mismo.

- En el consumo de drogas se registra el 2,30% de los estudiantes tienden a un uso experimental de la marihuana y un 1,63% un uso ocasional y un 1,35% un uso frecuente.
- Con respecto a la cocaína se reporta que 0,80% de la población estudiada presenta un uso experimental mientras que el 0,47% un uso ocasional

Los datos de la cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 y 17 años realizados, nos como resultado un mayor uso de la marihuana que de la cocaína en esta población.

Un postulado interesante sobre el consumo de drogas en adolescentes es el de Maturana (2011) quien textualmente dice: “Cabe señalar que todo consumo no necesariamente constituye un problema, pero si todo consumo en adolescentes constituye riesgos” (p. 98). Este razonamiento nos da una alerta y nos indica cuan sensibles y vulnerables son los jóvenes ante el consumos de drogas.

Citando el informe mundial sobre las drogas en el que indica impactos en la conducta el consumidor, y como Oblitas ratifica que producen problemas de salud en los adolescentes aunado a lo que plantean Kail y Cavanaugh que las personas utilizan sustancias que modifican su conducta, lo que podría considerarse como uno de los alarmantes en la adolescencia. Siendo que los estupefacientes son un factor perturbador en los jóvenes de edad escolar.

1.3.2 Consumo problemático de alcohol

En un análisis sobre el consumo de alcohol, la OMS (2015) señala que el alcohol ha sido utilizado desde la antigüedad por muchas culturas y tanto en la antigüedad como en la actualidad, el alcohol ha sido un problema para las sociedades por su uso en todos los ámbitos, ya que el principal problema radica en que esta es una sustancia psicoactiva que causa dependencia.

El consumo problemático de alcohol, provoca dificultades al consumidor como a las personas a su alrededor:

El término se lo ha utilizado desde mediados de los 60, con la finalidad de aludir a la definición de alcoholismo como enfermedad. “El consumo problemático de alcohol”

también es usado como sinónimo de alcoholismo en sus primeras fases, menos graves. Se puede decir entonces que un consumidor problemático es aquel que ha experimentado problemas en su estado de salud, así como en su entorno a causa de la bebida. Algunos expertos han empleado el término “consumo problemático de alcohol” para abarcar otro concepto relacionado: un consumo que tiene el potencial de causar problemas. (OMS,1994, p.27)

En Ecuador, la Dirección Nacional de Observatorio de Drogas y El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, realizó una encuesta a nivel nacional (CONSEP 2014), sobre el uso de drogas a una población de 12 a 65 años a un total de 10.976 personas, de los cuáles el 13,8% corresponde a las edades de 12 a 17 años. Los resultados correspondientes a estas edades son los siguientes:

- El 22% reportó haber consumido bebidas alcohólicas por lo menos una vez en su vida, mientras que el 14,6 reporta consumo en los últimos doce meses y el 5,5 prevalencia de consumo el último mes.
- Este grupo de edad de 12 a 17 años señala que el consumo de bebidas alcohólicas la ha realizado de manera ocasional en un 7,3%
- Las formas de consumo preferidos para estos adolescentes son; con amigos (80,4%), familiares (66,5%), con su pareja (71,6%), con sus compañeros de trabajo (18,1%), solo (0,4%).

Además existe un estudio realizado por la Organización Panamericana de la salud (2015) realizado en la región de América Latina que revela, “que en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones” (p.5).

Cabe señalar que el alcohol cuando se vuelve excesivo tiende a traer problemas en todas las esferas de la vida de la personas y puede manifestarse de dos maneras:

Los problemas con el alcohol pueden mostrarse de dos maneras. Primero la persona podría necesitar el alcohol diariamente para funcionar; es decir, él o ella podría ser

incapaz de abstenerse. Segundo la persona puede ser capaz de abstenerse de consumir por ciertos periodos, pero falla al tener un control sobre su forma de beber una vez que ha iniciado. (Sue, Wing, S.Sue, 2005, p. 236)

Esta incapacidad de controlarse puede llevar a la persona a perjudicar sus relaciones interpersonales, familiares, laborales, escolares y de todos los ámbitos.

En base a lo citado, se concluye que el uso problemático de alcohol es una manera de definirlo como una situación menos grave de la persona, sin embargo no menos alarmante, puesto que existe una muy corta brecha con el alcoholismo, lo que nos lleva a reflexionar sobre el número de personas que se encuentran en esta situación en nuestro país, en la encuesta levantada por el CONSEP es preocupante encontrar datos de consumo tanto de alcohol como de drogas en adolescentes de 12 a 17 años, los datos levantados que señalan que el 22% de adolescentes entre edades comprendidas de 12 a 17 años han consumido alcohol alguna vez, un dato interesante en la misma encuesta es que el 80,4% señala que prefiere consumir alcohol con amigos “ la pandilla es el marco de referencia que le ayuda a afianzar la identidad al adolescente frente al mundo adulto” (Espada et.al 2003,p.11) es decir estos jóvenes son influenciados por los grupos sociales que frecuentan, y en gran porcentaje este será uno de los factores de consumo o no.

1.3.3 Causas del consumo de drogas

Las causas del consumo de droga son diversas como diversa es su clase y nivel de adicción, Oblitas (2010) los divide en factores macro sociales, micro sociales y personales (p.382).

- Entre los factores macro sociales señala la institucionalización de las drogas legales, como el alcohol, que es una droga socialmente aceptable sobre todo por jóvenes y adultos, la presión social a través de la publicidad, como se puede ver a diario en los medios de comunicación propagandas, películas, publicidad sobre el consumo de las drogas legalmente aceptadas que venden la idea de un status, felicidad, comodidad y libertad.
- Los factores micro sociales; sobre todo en las familias que se ven afectados, por conflictos constantes, problemas, gritos, stress , y conflictos a los que son expuesto

los jóvenes que pueden ser más vulnerables al consumo de drogas. La presión del grupo también juega un papel desencadenante puesto que los jóvenes se sienten comprometidos, debido a esta exposición hay mayor riesgo cuando una adolescente se une a un grupo que consume, puesto que se acepta como un modelo de conducta que es reforzada, puesto que otros beben, o consumen otras drogas.

- Los factores personales son: déficit de información, actitud favorable hacia las drogas, es decir búsqueda de la satisfacción personal sin medir consecuencias. Pero una de las causas de mayor riesgo es el déficit y problemas de los adolescentes, dado que el adolescente puede intentar compensarlo o aliviarlo con el consumo de alcohol y otras drogas.

Otros autores como Rodrigo y Palacios (2010, p. 436) señalan que

Existe un modelo de desarrollo de conducta adictiva motivada, como las familiares, en este grupo señala los problemas de adicción en los padres o hermanos mayores, como medio para escapar de la ansiedad que sienten, por las circunstancias familiares o las referidas por su familia.

- Otro factor que pueden aportar a la escasa identificación de reglas, valores y principios puede ser esquemas educativos inadecuados; como la sobreprotección, siendo incapaces de tomar decisiones, con escasa conciencia de la disciplina y de los límites.
- Presencia de situaciones de riesgos.- maltrato en el hogar, el divorcio, desempleo, estrés, mismos que provocan secuelas importantes en las personas.
- Otro punto es la situación escolar del joven que puede favorecer a la discriminación y rechazo, reduciendo la autoestima de la persona. Que puede sentirse un fracasado y aislado socialmente.

Los autores Kolb y Whishaw (2008. p.139) exponen tres hipótesis interesantes de porque las personas se vuelven adictas:

- Los consumidores habituales de drogas experimentan sistemas psicológicos o fisiológicos de abstinencia cuando desaparece el efecto de la droga, y la consumen para aliviar esos síntomas.

- Otra de las hipótesis es la hedonista la cual manifiesta que las personas consumen drogas porque les causa placer, es decir les gusta la manera como se sienten, lo que experimentan, la relajación o euforia que pueden vivir.
- La tercera hipótesis es la dopaminérgica la misma manifiesta que la adicción propone que el sistema dopaminérgico meso-límbico, desempeña un papel importante en el deseo por la droga, lo cual no sería de manera consiente.

El consumo de drogas, se complica en una sociedad donde los más jóvenes comienzan a ser influenciados por los amigos que los invitan a experimentar y donde el acceso a ellas es más fácil, donde existe una demanda creciente, y donde existe una dependencia total.

1.3.4 Consecuencias del consumo de drogas

El uso y abuso de drogas pueden traer consecuencias sociales como personales:

Esto se debe a que las personas que consumen son propensas a experimentar situaciones de descontrol, tratan de aliviar una carga, u olvidar una situación o simple curiosidad. “Las drogas pueden producir cambios de conducta y estado de ánimo las mismas que pueden ser imperceptibles, así como extremas (Kolb y Whishaw, 2008, p.137)

Pero no solo se exponen a este tipo de circunstancias, un estudio realizado en animales sobre la metilendioximetanfetamina MDMA, conocida también como éxtasis, revela que estas conducen a la degeneración de terminales nerviosas serotoninérgicas muy finas. Otro estudio sobre el consumo de cocaína ha revelado que este se relaciona con el bloqueo del flujo sanguíneo cerebral y otros cambios en la circulación de la sangre. Kolb y Whishaw (2008, p.138) En base al estudio realizado se infiere que el uso de este tipo de drogas pueden alterar el proceso cerebral a largo plazo.

Es importante señalar que la OMS (2015), pone entre las consecuencias del consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol, también señala lo siguiente:

- El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones

de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol.

- El consumo nocivo de alcohol no solo afecta al consumidor, sino también a las personas de su entorno, como amigos, compañeros, familia, además de significar una carga para una sociedad en general.

Con respecto al consumo de drogas la constitución de la República del Ecuador (2008) en el art. 364 manifiesta:

Las adicciones son un problema de la salud pública. Al estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención, control del consumo de alcohol, tabaco, sustancias estupefacientes psicotrópicas; así como ofrecer tratamientos de rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemático. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulneraran sus derechos constitucionales. El estado controlara la publicidad y consumo de tabaco.

El Estado se involucra como actor y propone medidas para la mitigación del consumo de drogas, puesto que no es un problema solo individual, sino de salud pública como lo manifiesta en el artículo señalado.

Otro punto importante a considerar sobre las consecuencias del consumo de drogas es la afectación al individuo son a la salud con enfermedades como cirrosis, cáncer, y cardiovasculares. Además de como trastornos mentales y comportamentales, los mismos que pueden generar traumatismos debido a la violencia o accidentes que pueda sufrir el individuo.

De acuerdo a los distintos autores aquí expuestos existen diversas consecuencias del consumo de las drogas al ser humano, tanto físicas, como psicológicas y sociales, las mismas que deben ser atendidas por una estrategia de estado, dirigidas a sociedades modernas a través de la prevención con campañas educativas en todos los ámbitos de los adolescentes.

1.4 Adolescentes.

Según la UNICEF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, 1998) define a la adolescencia como:

Una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadas de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. Es una fase predominante, que permite una mayor independencia tanto social como psicológica (como se citó en Ministerio de Salud Pública, 1999, p.16)

Se deduce que la adolescencia es una etapa determinante en la vida de la persona. Es aquí cuando se marcara a través de diversos cambios el ser de la persona, es decir su forma de vida, de actuar y pensar.

La adolescencia es la etapa en la que el individuo atraviesa una serie de cambios biológicos y físicos que conducen a la formación de su personalidad en el campo sexual y al establecimiento de la identidad adulta, Esta separación niño y adulto, le genera confusión, la que es reflejada mediante variaciones de su conducta. (Kalish, 2004,p.25)

Se tiende a confundir los conceptos de adolescencia con pubertad, por lo que la misma tiene que diferenciar.

En la adolescencia más que los cambios en tamaño en el cuerpo son importantes las formas más moldeadas y definidas de cada género. “Las teorías clásicas sobre adolescencia han sido de S. Hall y de Freud y otros autores psicoanalistas (...) Hall menciona que la adolescencia recapitulaba una etapa de la evolución de la transición del periodo salvaje al estado civilizado, mientras que Freud, veía a esta etapa como sujeto necesitado de mecanismos de defensa (...), por el urgente necesidad de satisfacción por los cambios físicos (...) “. (Carretero, Palacios y Marchesi, 1985, p. 1-15).

Por la literatura expuesta, se denota que la adolescencia es una de las etapas de mayor conflicto del ser humano, puesto que hay una mezcla de emociones, desarrollo hormonal, preocupaciones y miedos.

1.4.1 Desarrollo Biológico

La primera señal de que está llegando la adolescencia según Parolari (2005,) es la pubertad:

Es en la pubertad donde empiezan aparecer cambios de todo tipo; en el estado de ánimo, físico, de pensamiento, los mismos que van apareciendo de forma gradual. Es sin duda que durante la adolescencia el cambio más evidente y llamativo es la maduración física y sexual.

Uno de estos cambios se encuentra en el hipotálamo que estimula a la hipófisis que libera gonadotrofinas y hormonas de crecimiento; preferentemente durante el sueño. Este cambio produce un cambio hormonal, somático y fisiológico de esta época de la vida. En las niñas el desarrollo de los botones mamarios y aparece el vello pubiano (p.18).

Otro de los cambios significativos físicamente “En los varones el aumento de los testículos suele presentarse, por la influencia de la testosterona y la hormona luteinizante. Se produce un cambio en la voz por el crecimiento de la laringe y tórax” (García y González, 2000, p. 258). En resumen la madurez biológica es traducida a la madurez de los ovarios que empiezan a producir óvulos y de los testículos que comienzan su producción de espermatozoides, es decir comienza la madurez sexual.

Para Olivia y Parra (2004) un cambio físico se encuentra “en el aumento de la producción de hormonas sexuales, asociados a la pubertad, va tener una repercusión importante sobre las áreas emocional y conductual” (p.96-123).

Basándose en sus etapas etarias y escolares, Redondo, Galdo y García (2008) han clasificado a la adolescencia en tres fases (p.5):

- Adolescencia temprana: se da de 10 a 13 años, comienzo de caracteres sexuales secundarios, Estirón puberal, el interés sexual supera la actividad sexual.
- Adolescencia media: se da de 14 a 16 años, pico de crecimiento. Cambios en la morfología corporal, acné, olor corporal, menarquia y espermarquia, tendencias sexuales, preguntas y primeras experiencias sexuales.

- Adolescencia tardía se da de 17 a 19 años, enlentece el crecimiento, se consolida en la identidad sexual.

De los estudios expuestos, se concluye que en la adolescencia uno de los cambios más notorios son los físicos, los mismos que pueden ser recibidos con alegría o tristeza de parte del niño que pasa a la adolescencia, esto dependerá de múltiples factores, como el apoyo social, la preparación emocional previa que puede haber recibido de sus progenitores, o las personas cercanas a él o ella.

1.4.2 Desarrollo social

En el desarrollo de la adolescencia existe una interacción entre el entorno y la sociedad la misma que:

Tiene como referente no solo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad. Es el periodo en el que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, la fortalezas y desventajas del entorno (Krauskopf, 1994) (como se citó en Krauskopf , 1999, p.9)

Redondo, Gabriel, y García, (2008) señalan que en la adolescencia estos se encuentran más interesados en las opiniones de sus pares, antes que las opiniones de sus familias,

En general los adolescentes suelen preocuparse por como los ven los demás, que piensan de ellos, y existe una gran presión por ser aceptados en los grupos sociales. El adolescente se encuentra en la constante búsqueda de su identidad y de quien es el como persona, existe una necesidad intrínseca de libertad. La forma como los padres se relacionan con sus hijos es trascendental en el paso de niño a adolescente y a su vez adulto. Aunque las relaciones parezcan tensas en el hogar los adolescentes están muy influenciados por la familia. Es decir a pesar de que los hijos y los padres discrepen constantemente sobre la forma de vestir, limpiar su habitación, aseo personal, etc., estos se encuentran conectados por el vínculo filial y retrasarán o favorecerán del transcurso del adolescente a la adultez (p.6)

Para que exista un desarrollo social en el adolescente es importante que este se conozca así mismo, que pueda valorar quien es positivamente, a partir de allí parte el tipo de relaciones que tendrá con sus pares y la sociedad en general. El adolescente necesita conocer quién es, cuáles son sus debilidades y fortalezas, esto le ayudara a desarrollar relaciones interpersonales saludables.

En algunas teorías como el modelo de desarrollo social de Hawkins y Wels (1985) se analiza el conflicto generacional y se subraya la importancia de los distanciamientos del adolescente de la familia y del entorno escolar.

En esta etapa el adolescente desarrolla su habilidad de relacionamiento con otras personas, sobre todo con aquellas que tienen intereses similares como lo indica Redondo et al. El desarrollo adecuado de esta etapa le permite relacionarse con sus pares y la sociedad en general.

1.4.3 Desarrollo Psicológico

En la adolescencia surge la idea que es una época oscura de todo ser humano, puesto que es aquí donde surge una serie de cambios de conductas, problemas familiares surgen, el adolescente se vuelve más explosivo y algo dramático.

En esta etapa una de las características psicológicas más relevantes es el egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista socio céntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Además, de acuerdo a Elkind (1988) va variando en su naturaleza, calidad y características desde la infancia a la adolescencia, a medida que el desarrollo cognitivo progresa (Como se citó en Gaete, 2015, p.4).

En la adolescencia se experimenta una serie de cambios decisivos para su vida futura:

En esta etapa evolutiva el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan sino fijados, al menos orientados y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que lo llevara a tratar de independizarse de sus padres y a buscar su propia identidad (Maturana, 2011, p.102)

Estos cambios desde el ámbito Psicológico son descritos por Marcadante y Kliegman (2015) por fases de la adolescencia de la siguiente manera (p.15):

- Adolescencia temprana, los adolescentes piensan en el presente, y en sus pares., la relación con ellos como son vistos y aceptados, es allí donde está centrada toda su atención, básicamente su preocupación se basa en los cambios por los cuales están pasando, siendo estos físicos y corporales.
- La adolescencia media, puede ser una época difícil tanto para los adolescentes como para los adultos en contacto con ellos. Los adolescentes en esta fase pueden experimentar con las ideas, considerar cómo podrían ser los pensamientos, desarrollar perspicacia y reflejar sus propios sentimientos y los sentimientos de los demás. Conforme maduran; estos adolescentes se centran en el tema de identidad no limitados únicamente a los aspectos físicos de su cuerpo.
- Adolescencia tardía, suele estar marcada por un pensamiento operacional formal, que incluye pensamientos sobre el futuro (educacional, vocacional y sexual). En esta fase, los adolescentes suelen estar más interesados por sus parejas sexuales que en la fase media. La ansiedad de separación resuelta, procedente de fases previas del desarrollo, puede emerger en esta época conforme la persona joven comienza alejarse físicamente más, desde la familia de origen, hacia la escuela secundaria o la escuela de formación profesional, el trabajo o el servicio militar.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06, año lectivo 2015-2016

2.1.2. Específicos

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental en estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06.
- Elaborar informes de resultados del establecimiento investigado de la Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06.

2.2 Preguntas de investigación

Dentro de la investigación las interrogantes básicas son:

- ¿Cuáles son las variables asociadas a la buena salud mental en estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06?
- ¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias en estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06?
- ¿Cuáles son estudiantes de primero y segundo de bachillerato que se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias de la Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06.?
- ¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género en los

estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06?

2.3 Diseño de investigación

Por su naturaleza la investigación es de tipo descriptiva puesto que consiste en identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes además conocer las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de la situación de los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato en la zona 9, distrito 20D01, circuito 20D01C06.

2.4 Contexto

La presente investigación se desarrolló en una Unidad Educativa del Distrito 20D01, Circuito, 20D01C01 Zona 5, mixto, en jornada matutina, esta institución educativa acoge a los adolescentes de primero y segundo de bachillerato, población objeto de estudio, quienes contarán con ciertas características, como: tipo de institución y edad y ubicación.

El Ministerio de Educación autoriza el funcionamiento del Colegio en 1996. La institución se creó en junio del 1996, y empezó su funcionamiento a partir del periodo lectivo 1996-1997, con primer ciclo de curso básico.

Mediante resolución No 2479 del 30 julio de 1997 se autoriza el funcionamiento de segundo y tercero de bachillerato. Posterior conforme fue creciendo la demanda, fueron aumentando los paralelos y los cursos, en la actualidad estudian aproximadamente 1200 estudiantes y laboran 64 docentes, esta institución Educativa brinda dos bachilleratos, Ciencias y Técnico.

Esta institución educativa para su posicionamiento institucional y el logro de los objetivos y metas propuestas tiene una misión y una visión, la misma que se detalla continuación:

Misión

Formar estudiantes capaces de construir sus propios conocimientos, críticos y

reflexivos preocupados por la investigación científica, promueve la formación integral de la niñez, juventud lojana, de la región sur del país, para que asuma actitudes creativas e innovadora y que fundamente su vida en los valores y principios del evangelio.

Visión de la institución educativa investigada.

Formará hombres y mujeres integrados/as consigo mismo, la naturaleza y con Dios, orientados por la luz del evangelio, y como una institución pionera de la nueva educación, entregará bachilleres con conocimientos científicos y humanistas que incidirán en la transformación de la realidad, del contexto mundial, nacional y local, capaces de construir proyectos para el bien común, comprometiéndose en la erradicación de situaciones deshumanizantes en la defensa de la vida, de los derechos humanos, el desarrollo cultural, capaces de enfrentarse a los retos del nuevo milenio, promoviendo las relaciones de igualdad y equidad.

- Servicios que ofrece a la colectividad

1.- Matricula.

2.- Textos escolares en el ciclo Básico.

3.- Solicitudes.

4.- Clases de recuperación.

5.- Laboratorio de computación.

6.- Instrumentos de cultura física.

7.- Servicio Médico en el Hospital.

8.- Transporte de alumnos delicados de salud al hospital o a sus domicilios.

9.- Utilización de Instrumentos musicales.

10.- Autogestión de pasajes aéreos y servicio de guardería.

- Objetivo planteado en la institución

Educar para el futuro jóvenes con conocimientos y capacidades de liderazgo

La educación está basada en valores; cristianos, científicos, tecnológicos, ecológicos como eje formativo de los niños, jóvenes para su desempeño social dentro y fuera de la institución, el régimen de la institución es costa.

2.5 Población:

Para obtener muestra de la siguiente investigación se realizará el muestro causal accidental no experimental.

El universo de la población del presente estudio estará constituido por los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06, año lectivo 2015-2016, La población inmersa en la presente investigación es de 51 estudiantes de la Unidad Educativa investigada, ubicada en el sector urbano, de jornada diurna y mixta, para la misma se aplican los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión:

- a) Adolescentes entre los 14 y 17 años.
- b) Los centros educativos (fiscal, fisco misional y particular) mixtos
- c) Estudiantes matriculados en primer y segundo año de bachillerato

Los criterios de exclusión:

- a) No tener el consentimiento informado de sus padres o representante legal
- b) No tener firmado el asentimiento informado por parte del estudiante
- c) Adolescente de 18 o más años
- d) Centros educativos de educación especial
- e) Centros educativos ubicados en el sector rural

Para la muestra se realizara el muestreo casual-accidental, estudio no probabilístico, puesto que se selecciona intencionalmente a los individuos a investigarse en base a los criterios señalados, además de cumplir con ciertos requisitos:

Carta de consentimiento informado de los Padres legalizada

Carta de asentimiento informado por el estudiante

La población investigada se detalla:

26 estudiantes de primer año de bachillerato

25 estudiantes de segundo año de bachillerato

De la cual la muestra distribuida por sexo:

- 29 estudiantes del sexo masculino; primero de bachillerato 19, y segundo de bachillerato 10
- 22 estudiantes del sexo femenino; primero de bachillerato 7, y segundo de bachillerato 15

Las características de estos individuos que constituyen la población son las siguientes; estudiantes debidamente matriculados en primero y segundo de bachillerato en un establecimiento educativo mixto, que se encuentre entre los 14 y 17 años y que pertenezcan a la sección diurna.

2.6 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.6.1 Métodos

Para la presente investigación se utilizará los siguientes métodos:

- *El método descriptivo*, que permite explicar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- *El método estadístico*, facilita organizar la información obtenida con la aplicación de los cuestionarios de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- Es transversal, debido a que se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

2.6 Técnicas

2.6.2.1 Batería de instrumentos psicológicos.

Los instrumentos a utilizar en la investigación debido a las características de las mismas, son la técnica de la encuesta que nos permitirá recolectar la información relacionada a la problemática objeto de estudio, las técnicas propuestas para la recolección de información son:

- Investigación bibliográfica

Mediante la lectura, análisis y sistematización bibliográfica y documental.

- Investigación de campo

Debido a las características del tema de investigación se privilegiara la investigación de campo mediante encuestas a la población involucrada.

La aplicación de batería se realizara de manera colectiva por año de bachillerato; es decir a todos los estudiante de primero juntos y a todos los de segundo a la vez.

La batería está compuesta por 10 instrumentos

a) Cuestionario de variables psicosociales.

Instrumento que evalúa las variables psicosociales y de salud.

Las variables psicosociales constan de 10 ítems:

Las variables de salud constan de 10 ítems.

Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983).

Evalúa la percepción de estrés actual, el grado en el que las situaciones de la vida de la persona son consideradas como estresantes, es decir, cómo valoran sus vidas en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga, está conformado de 14 ítems

a) Un 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. Formado de 20 ítems.

b) 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.

c) Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011).

Evalúa evitación experiencial o, por el contrario flexibilidad psicológica, ambos son constructos importantes que están relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y la calidad de vida.

d) Un 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.

e) Un 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.

f) Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010).

Evalúa consumo de sustancias en los últimos tres meses

g) Un 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.

h) Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012).

Responde a la definición de calidad de vida de acuerdo a la percepción de cada uno de los individuos

2.7 Procedimiento

La presente investigación se implementó mediante el desarrollo de los siguientes pasos

Primera fase: instrumento psicológico

Revisión de bibliografía existente respecto al tema a investigarse, para la elaboración del marco teórico, adicional se seleccionó el tipo de centro educativo en base a los criterios de inclusión – exclusión, se concertó una cita por teléfono con el rector de la unidad educativa a ser investigada, con el objeto de presentar la propuesta de investigación y obtener la respectiva autorización.

Se visita personalmente a la institución y se entregan los instrumentos otorgados por la UTPL para este fin, se firma la carta de autorización, y se obtiene el permiso, además se solicita la lista de estudiantes de los paralelos a evaluar, para preparar los instrumentos.

Segunda fase para la aplicación de la batería psicológica

Se visitó y socializo con los estudiantes la investigación además se entregó la carta de consentimiento informado para sus padres. Posterior se recibió los consentimientos, y se

otorgó los asentimientos informados a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06, año lectivo 2015-2016 mediante muestreo casual-accidental.

Finalmente se dieron las indicaciones generales para la aplicación de las baterías y se entregó la misma a los estudiantes, una vez llena totalmente las mismas, se procedió a receptorlas

Última fase: posterior a la aplicación del instrumento

Se procesaron los datos mediante tabulación en las matrices construidas por los investigadores de la UTPL y se inició el análisis de los datos procesados mediante gráficos estadísticos, se identificaron las variables de protección y de riesgo para el análisis y descripción de resultados.

Finalmente se determinaron los resultados y se los apartados de metodología, con las conclusiones y recomendaciones.

2.8 Recursos

a) Talento Humano

- Equipo de investigadores de la UTPL
- Rector de la Unidad Educativa
- 51 representantes legales de los estudiantes
- 51 estudiantes de los primeros y segundo de bachillerato
- 1 estudiante de Psicología de la UTPL

b) Recursos materiales

- Materiales de Oficina
- Materiales de investigación

c) Los medios tecnológicos:

1 Computador

1 Impresora

d) Recursos Económicos

El presupuesto referencial se detalla a continuación

Tabla 2: Recursos Financieros

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Impresión de instrumentos	500	0,05	25
Esferos gráficos (caja)	2	3	6
Rema de Papel	2	5	10
Tinta Impresora	2	25	50
Anillados	3	10	30
Imprevistos			50
<i>TOTAL</i>			<i>171</i>

2 Recursos Institucionales.

- Universidad Técnica Particular de Loja.
- Institución educativa investigada.

CAPITULO III
ANÁLISIS DE DATOS

3.1 Datos Psicosociales:

En el siguiente apartado se proporciona un análisis de la información de las características psicosociales de los 51 estudiantes investigados tales como: sexo, edad y año de bachillerato.

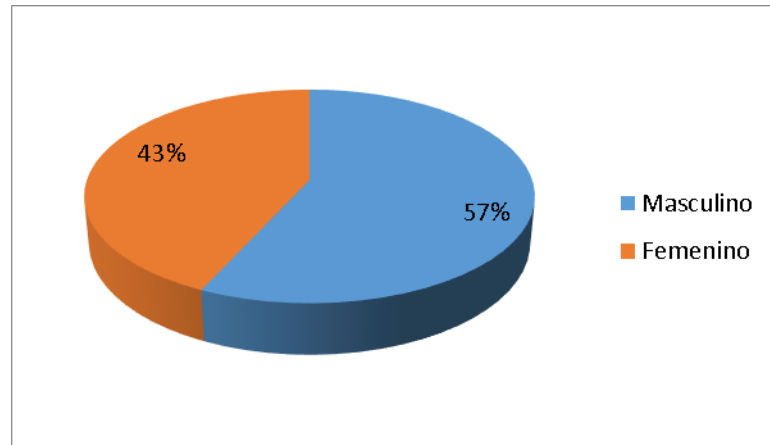


Figura 1: Sexo

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Con respecto a la figura 1, se verifica que de la población investigada, el 43% pertenece al género femenino, y el 57% corresponde al género masculino, siendo entonces este último mayor como se muestra en la

tabla 2.

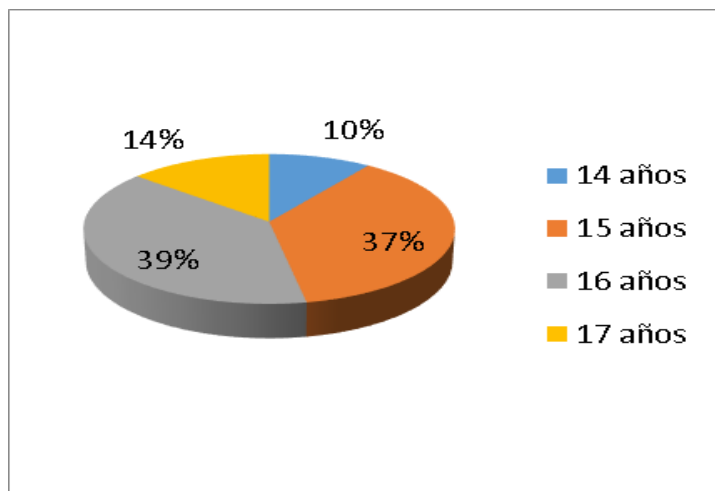


Figura 2: Edad

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En cuanto a la variable edad, el 39% de los investigados poseen 16 años, mientras que el 37% tienen 15 años, un 14% 17 años y el 10% restante 14 años. Lo que señala que el grupo más representativo en la investigación se encuentra en los 16 años de edad.

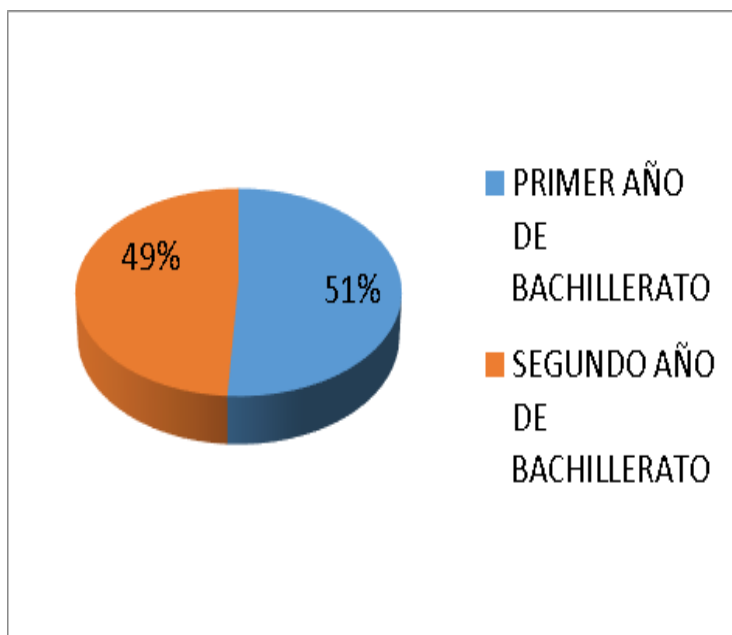


Figura 3. Año de bachillerato

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Del total de la muestra (n=51), el 51% cursan el primer año de bachillerato y el 49% el segundo año de bachillerato (ver figura 3)

3.2 Análisis de resultados generales

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

Las consideraciones son de las puntuaciones son:

0-4 = Muy Bajo

5 = Medio

6-10 = Alto

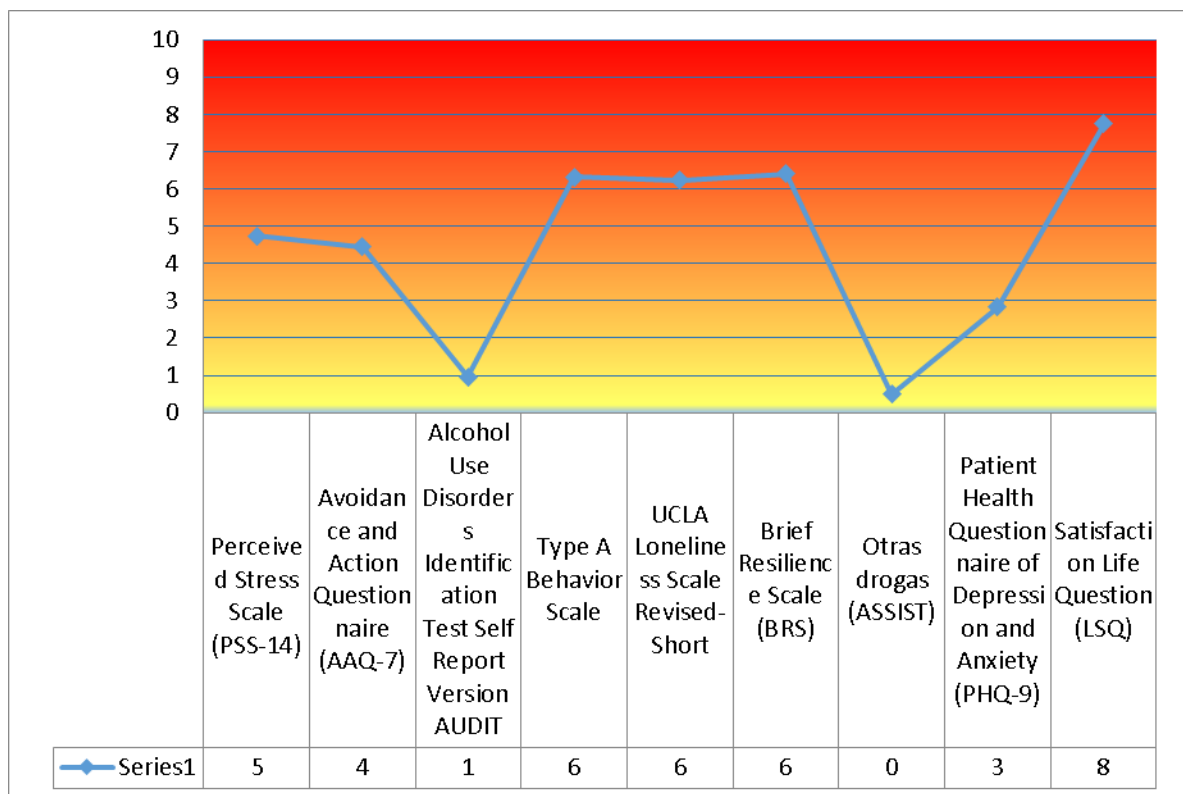


Figura 4: Figura de la batería con resultados estandarizados

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En base a la figura 4 en cuanto a la primera variable para el género femenino como masculino se aprecia que en cuanto al stress (PSS-14) se ubica en el punto 5, vemos que se encuentra en la media establecida, la variable flexibilidad – inflexibilidad psicológica (AAQ-7) que se localiza en los 4 puntos, el consumo problemático de alcohol AUDIT. Otras drogas y ansiedad y depresión (PQH-9) se encuentran como variables protectoras dentro de esta investigación.

La variable de personalidad tipo A (Type A behavior Scale) y el apoyo social en base a los resultados se considera variables de riesgo por encontrarse por encima de la media.

Tabla 2. Frecuencia de Estrés (PSS-14)

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

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Con respecto a la frecuencia de la tabla 2 correspondiente a la variable estrés (PSS-14), en el reactivo 7 y 9 concentra la mayor cantidad de investigados, los cuales manifiestan que “a menudo” que las cosas van bien, y 25 estudiantes señalan que en el último mes han podido controlar las dificultades de su vida “a menudo.

Tabla 3. Frecuencia de flexibilidad Psicológica (AAQ-7)

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	15	13	2	13	2	3	3
2	14	6	8	9	2	5	7
3	14	9	3	8	4	8	5
4	22	6	4	11	4	1	3
5	9	12	7	14	2	3	4
6	18	10	4	5	3	4	7
7	17	9	5	10	3	3	4

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En la figura 4 se observa que esta variable de estilo de afrontamiento se encuentra con una frecuencia de 4 lo que está por debajo de la media definiéndola como una variable protectora, lo cual es verificado en la tabla 3, siendo el reactivo 4 el de mayor frecuencia con 25 estudiantes que respondieron que “nunca “los recuerdos dolorosos le impiden llevar una vida plena.

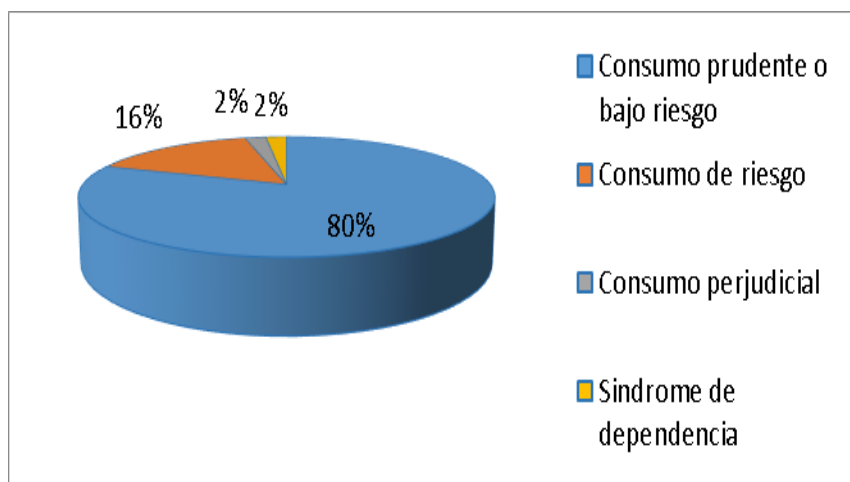


Figura 5: Test AUDIT

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Respecto a la variable de consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), de acuerdo a la puntuación observada en la figura 4 es de 1, encontrándose debajo de la media, se encuentra en una variable protectora, en la figura 5 del mismo test, se señala que el 80% de la población estudiada tiene un consumo prudente o bajo riesgo, el 16% ha tenido un consumo de riesgo, el 2% un consumo de perjudicial y un 2% síndrome de dependencia

Tabla 4. Frecuencia de Personalidad Tipo A (Type A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	32	17	2	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	7	25	13	6
3	12	27	10	2
4	7	17	14	13
5	8	22	14	7
6	10	26	11	4
Reactivo	Si		No	
7	38		13	
8	35		16	
9	34		17	
10	28		23	

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

En cuanto al análisis de la variable de personalidad (Type A) en la figura 4 , se observa una puntuación de 6, lo cual sobrepasa la media de 5 puntos ; se verifica a su vez por la frecuencia presentada en la tabla 4 ; en la cual 32 individuos en el reactivo 1 manifiestan que tienen un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas, 25 individuos de la investigación manifiestan que de vez en cuando se sienten presionados por el tiempo (reactivo 2), mientras que 35 personas investigada han llegado al límite del agotamiento alguna vez debido a los estudios. Por lo que se considera una variable de riesgo.

Tabla 5: Frecuencia de Apoyo Social (UCLA)

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	4	17	21	9
2	11	15	17	8
3	13	20	12	6
4	15	17	11	8
5	7	9	18	17
6	8	16	22	5
7	21	14	11	5

8	12	21	13	5
9	7	4	15	25
10	4	10	24	13
11	22	11	12	6
12	18	18	14	1
13	12	15	11	13
14	24	12	9	6
15	6	12	18	15
16	3	19	17	12
17	11	14	20	6
18	12	19	12	8
19	4	11	17	19
20	6	10	14	21

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En base a la figura 4 y tabla 5, la variable soledad (UCLA) se ubica en los 6 puntos como una variable riesgo, es decir por encima de la media establecida, lo que refiere que los individuos manifiestan un sentimiento de soledad, y que pueden sentir aislamiento de la sociedad que les rodea, y sin apoyo de esta, al analizar la frecuencia 17 de los investigados respondió que se siente que le falta compañía “a veces”, mientras que 14 estudiantes manifiestan que “a veces” sienten que sus relaciones sociales no son significativas, finalmente 20 de los investigados dicen sentirse tímidos.

Tabla 6: Frecuencia de resiliencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	3	10	12	11	15
2	6	10	23	8	4
3	2	14	13	9	13
4	9	13	13	10	6
5	5	8	22	9	7
6	8	11	12	12	8

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

En lo que respecta a la capacidad de resiliencia, en la figura 4 vemos que se ubica en el punto 6, por encima de la media es decir, representa una variable protectora.

Según tabla 6 la mayor frecuencia es del 23 en individuos respondieron neutral pasarlos mal superando situaciones estresantes, además al reactivo 1, 26 estudiantes indican que están “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en que tiende a recuperarse rápidamente luego de momentos de dificultad, de lo que se puede inferir que existe un alto nivel de recuperación a momentos difíciles o situaciones complejas.

Tabla 7: Frecuencia de Consumo problemático de otras drogas (ASSIT)

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	45	5	0	0	1
2	43	7	0	1	0
3	32	15	2	2	0
4	42	6	1	2	0
5	47	2	1	1	0
6	48	2	1	0	0
7	46	3	1	1	0
8	45	4	2	0	0
9	49	0	1	1	0
10	47	4	0	0	0
11	49	2	0	0	0

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

Para el análisis de la tabla 7 se analiza la figura 4, la cual señala una puntuación de 0, es decir se encuentra en una variable protectora. La más alta frecuencia está en el reactivo 3, con 15 personas que manifiestan que en los últimos tres meses una o dos veces han consumido alcohol, Cabe indicar que para el reactivo 1, un estudiante respondió que diariamente había consumido drogas, como se evidencia en la tabla 8.

Tabla 8: Frecuencia de Ansiedad y Depresión (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	19	26	2	4
2	20	18	6	7
3	25	9	9	8

4	20	17	8	6
5	23	15	6	7
6	24	13	8	6
7	31	13	5	2
8	30	10	7	4
9	31	9	6	5

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

Para la tabla 8 de la variable de depresión ansiedad (PHQ-9), de acuerdo a la figura 4 la puntuación se encuentra en 3, es decir, se encuentra por debajo de la media, definiéndola como una variable protectora. De la tabla 8, señala que 31 personas “nunca” han pensado que estarían mejor muerto o han deseado hacerse daño de alguna forma. Este resultado es guarda concordancia con el análisis de frecuencias de resiliencia realizado.

Tabla 9: Frecuencia Satisfacción Vital

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

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

Finalmente en la puntuación con respecto a la satisfacción de vida en la figura 4 se ubica con una puntuación de 8 estando sobre la media, esto señala la mas de la mitad de los estudiantes tienen una buena satisfacción de vida, ubicándose sobre la media, se la definiéndola como una variable protectora, podemos corroborar esta información con la tabla 9 en la que señala que la mayor frecuencia es 17 estudiantes perciben tener una buena calidad de vida.

3.3 ANALISIS DE DATOS RESPECTO AL GÉNERO FEMENINO

En este punto se analiza los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados, se debe considerar puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que

el 5 es el valor medio, el análisis dependerá de la variable para definirla como protectora o de riesgo.

Las consideraciones son de las puntuaciones son:

0-4 = Muy Bajo

5 = Medio

6-10 = Alto

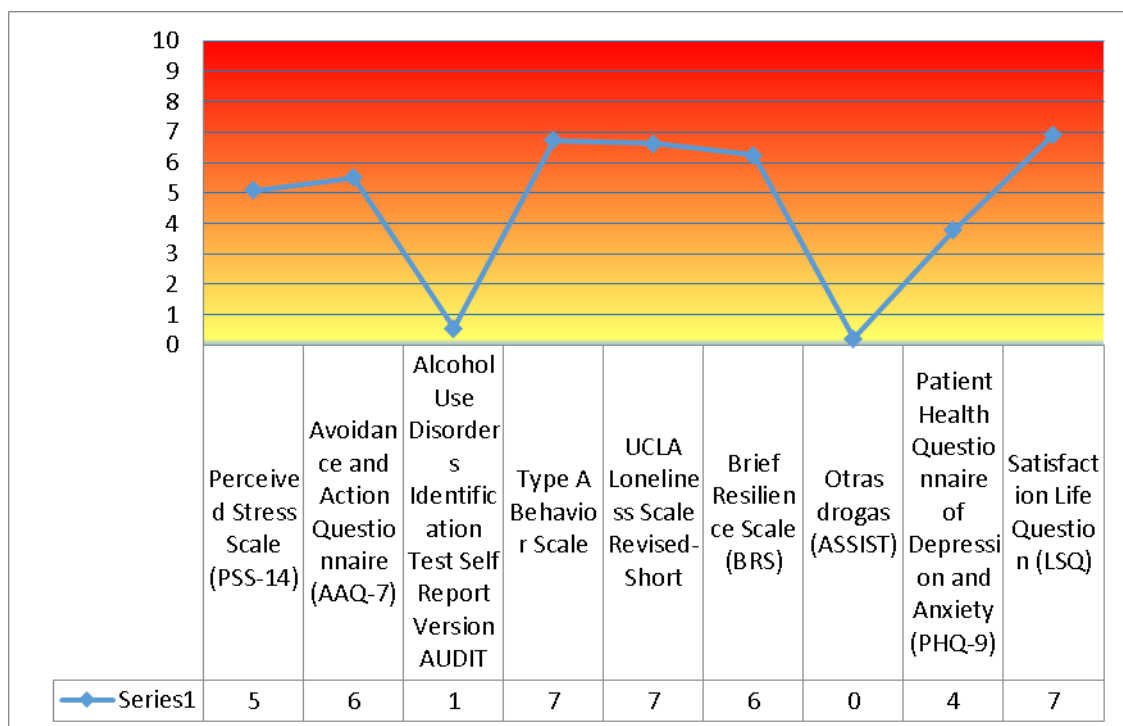


Figura 6: Figura de la batería de los resultados estandarizados género femenino

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

En base a la figura 6, en cuanto al stress (PSS-14), en el género femenino se ubica en el punto 5, vemos que se encuentra en la media establecida, definiéndose como neutral, por lo que no representa un riesgo. .

Con respecto a la variable flexibilidad – inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se localiza en 6 puntos, sobre la media establecida, encontrándose como una variable de riesgo.

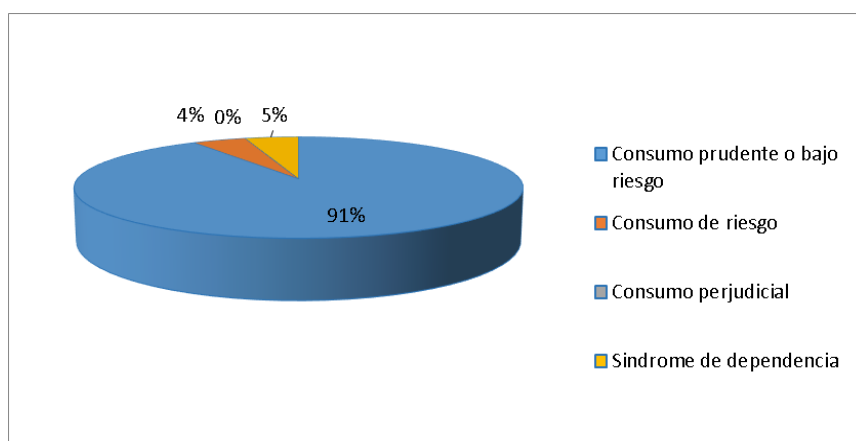


Figura 7: Test AUDIT género femenino

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Respecto a la variable de consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT) de género femenino de acuerdo a la puntuación observada en la figura 6 es de 1, encontrándose debajo de la media, se encuentra como una variable protectora, en la figura 7 del mismo test, se señala que el 91% de la población estudiada ha tenido un consumo prudente o bajo riesgo, el 5% síndrome de dependencia, y un 4% consumo perjudicial.

Tabla 10. Frecuencia de estrés percibido. Género femenino

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

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

Analizando los resultados obtenidos de la figura 6 se muestra que la variable estrés, se ubica en la media, es decir es neutral, ubicándose la mayor frecuencia en el reactivo 7 con 12 mujeres que contestaron que “a menudo” las cosas le van bien, por lo que se considera a esta variable como protectora, para este estudio.

Tabla 11. Frecuencia de inflexibilidad Psicológica (AAQ-7), género femenino

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

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

De acuerdo a la frecuencia presentada en la figura 6 , la inflexibilidad psicológica se encuentra sobre la media como una variable de riesgo, ante el reactivo 1,2,3,4,5,6,y 7 , 7 estudiantes manifestaron que “a veces es verdad” los recuerdos le hacen difícil vivir la vida que querían, así como expresan tener miedo.

Tabla 12: Frecuencia de personalidad tipo A (TYPE A) género femenino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	12	8	2	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	14	3	1
3	5	14	2	1
4	3	6	5	8
5	1	10	8	3
6	5	13	3	1
Reactivo	Si		No	
7	20		2	
8	16		6	
9	18		4	

10	13	9
----	----	---

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

De la muestra investigada de la personalidad Tipo A, con respecto a la figura 6 se encuentra con 7 puntos, sobre la media establecida, considerándola así como una variable de riesgo.

Se analiza la frecuencia presentada en la tabla 12; en la cual 12 individuos en el reactivo 1 manifiestan que tienen un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas, 14 mujeres investigadas manifiestan que de vez en cuando se sienten presionados por el tiempo (reactivo 2), mientras que 16 personas investigadas han llegado al límite del agotamiento alguna vez debido a los estudios.

Tabla 13: Frecuencia de Apoyo Social (UCLA) género femenino

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

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En base a la figura 6 y tabla 13, la variable soledad (UDLA) se ubica en los 7 puntos como una variable de riesgo, es decir por encima de la media establecida, lo que refiere que las mujeres investigadas manifiestan un sentimiento de soledad reactivo 4, y que pueden llegar a sentir que no cuentan con apoyo social.

Tabla 14: Frecuencia de Resiliencia (BRS) género femenino

Reactivo	Muy desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	1	4	5	6	6
2	2	5	10	2	3
3	1	6	4	6	5
4	4	4	5	4	5
5	2	2	9	5	4
6	2	3	5	7	5

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En lo que respecta a la capacidad de resiliencia, en la figura 6 vemos que se ubica en el punto 6, por encima de la media es decir, representa una variable de riesgo.

Según tabla 14 la mayor frecuencia es del 10 en mujeres respondieron neutral al reactivo 2 pasarlos mal superando situaciones estresantes.

Tabla 15: Frecuencia de consumo problemático de otras drogas (ASSIT) género femenino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	20	2	0	0	0
2	21	1	0	0	0
3	16	5	0	0	0
4	19	2	1	0	0
5	21	1	0	0	0
6	22	0	0	0	0
7	20	2	0	0	0
8	22	0	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

Elaborado por: Sánchez, M (2015)

Para el análisis de la tabla 15 se analiza la figura 6 la cual señala una puntuación de 0 , es decir se encuentra como una variable protectora. Cabe indicar que para el reactivo 4, 1 estudiante respondió que cada mes había consumido cannabis, 2 estudiantes manifiesta haber consumido drogas, 1 o 2 veces los últimos 3 meses, 5 mujeres manifiestan haber consumido alcohol 1 o 2 veces los últimos 3 meses. Como se visualiza en la tabla 15.

Tabla 16: Frecuencia de Ansiedad Y Depresión (PHQ-9) género femenino

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

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Para la tabla 16 de la variable de depresión ansiedad (PHQ-9), de acuerdo a la figura 6 la puntuación se encuentra en 4 es decir se encuentra por debajo de la media, definiéndola como una variable protectora. De la tabla 16 se deduce la más alta frecuencia están en el reactivo 8 y 9, siendo que 13 mujeres nunca han pensado que estaría mejor muerta o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

Tabla 17: Frecuencia de Satisfacción Vital (LSQ) género femenino

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

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Finalmente en la puntuación con respecto a la satisfacción de vida en la figura 6 se ubica con una puntuación de 7 estando sobre la media, esto señala que la media considera tener una buena satisfacción de vida, se la define como una variable protectora.

3.3 ANALISIS DE DATOS RESPECTO AL GÉNERO MASCULINO

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

Las consideraciones son de las puntuaciones son:

0-4 = Muy Bajo

5 = Medio

6-10 = Alto

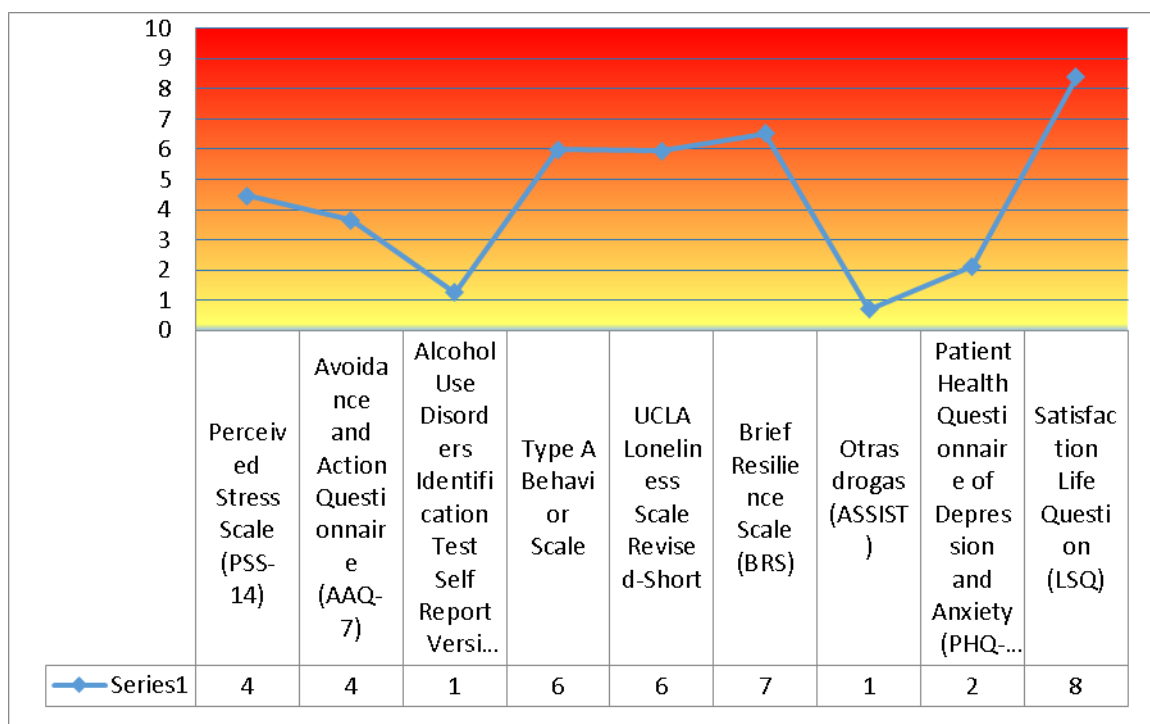


Figura 8: Figura de la batería con resultados estandarizados, género masculino

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En base a la figura 8 en cuanto a la primera variable se aprecia que respecto al stress (PSS-14) en el género masculino se ubica en el punto 4, vemos que se encuentra por debajo de la media establecida. Con respecto a la variable flexibilidad – inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se localiza también se localiza en 4 puntos, por debajo de la media establecida como una variable protectora.

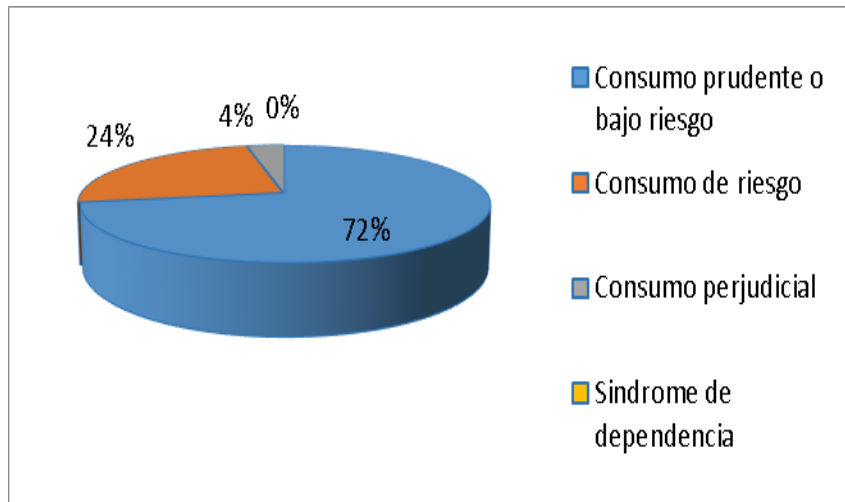


Figura 9: Test AUDIT género masculino

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Respecto a la variable de consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT) de género masculino de acuerdo a la puntuación observada en la figura 8 es de 1, encontrándose debajo de la media, se encuentra en una variable protectora, en la figura 9 del mismo test, se señala que el 72% de la población estudiada ha tenido un consumo prudente o bajo riesgo, el 24% consumo de riesgo, y un 4% consumo perjudicial.

Tabla 18. Frecuencia de estrés percibido. Género masculino

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

6	1	1	13	7	7
7	1	2	8	11	7
8	6	5	13	4	1
9	1	4	15	7	2
10	3	7	9	7	3
11	0	9	14	5	1
12	1	6	11	9	2
13	2	3	8	12	4
14	5	7	10	4	3

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En base a la tabla 18 sobre la frecuencia de estrés percibido por los estudiantes, se analiza la más alta frecuencia en el reactivo 9 con 15 individuos que respondieron que “de vez en cuando” han sentido que han podido controlar dificultades en su vida, lo que guarda concordancia con la figura 8 donde se puntúa en 4 puntos definiéndola como una variable protectora

Tabla 19. Frecuencia de inflexibilidad Psicológica (AAQ-7) género masculino

Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	13	7	1	6	2	0	0
2	10	3	5	4	1	4	2
3	12	5	1	4	0	7	0
4	16	4	2	6	0	0	1
5	6	9	6	6	1	1	0
6	13	5	4	2	2	2	1
7	13	6	2	4	1	2	1

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Con respecto a la tabla 19 de frecuencia de inflexibilidad psicológica, la más alta frecuencia es de 16 personas en el reactivo 6 que señalan que “nunca es verdad” que sus recuerdos dolorosos le impiden llevar una vida plena, al analizar la figura 8 se constata que esta variable se encuentra en 4 puntos, por debajo de la media es decir se le considera un variable protectora.

Tabla 20: Frecuencia (TYPE A) género masculino

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	20	9	0	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	3	11	10	5
3	7	13	8	1
4	4	11	9	5
5	7	12	6	4
6	5	13	8	3
Reactivo	Si		No	
7	18		11	
8	19		10	
9	16		13	
10	15		14	

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

De la muestra investigada de la personalidad Tipo A, con respecto a la figura 8 se encuentra con 6 puntos, sobre la media establecida, considerándola así como una variable de riesgos.

Se analiza la frecuencia presentada en la tabla 18; en la cual 20 individuos en el reactivo 1 manifiestan que tienen un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas, 11 hombres investigados manifiestan que de vez en cuando se sienten presionados por el tiempo (reactivo 2), mientras que 19 personas investigada han llegado al límite del agotamiento alguna vez debido a los estudios.

Tabla 19: Frecuencia (UCLA), género masculino

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	4	9	10	6
2	8	10	9	2
3	11	10	6	2
4	12	9	5	3
5	6	2	14	7
6	4	8	14	3
7	13	8	5	3
8	7	13	8	1
9	4	2	9	14
10	2	7	11	9

11	14	7	6	2
12	11	10	8	0
13	11	7	6	5
14	13	7	7	2
15	5	5	10	9
16	2	11	9	7
17	9	10	8	2
18	6	13	7	3
19	3	5	12	9
20	5	6	8	10

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En base a la figura 8 y tabla 19, la variable soledad (UDLA) se ubica en los 6 puntos como una variable de riesgo, es decir por encima de la media establecida, lo que refiere que los hombres investigados manifiestan que se sienten cercanos a alguna persona y apoyados (reactivos 10 y 20)

Tabla 22: Frecuencia de Resiliencia (BRS), género masculino

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	6	7	5	9
2	4	5	13	6	1
3	1	8	9	3	8
4	5	9	8	6	1
5	3	6	13	4	3
6	6	8	7	5	3

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

En lo que respecta a la capacidad de resiliencia, en la figura 8 vemos que se ubica en el punto 7, por encima de la media es decir, representa una variable de riesgo.

Según tabla 22 la mayor frecuencia es del 13 en hombres respondieron neutral al reactivo 2 y 5 pasarlos mal superando situaciones estresantes.

Tabla 23: Frecuencia de consumo problemático de otras drogas (ASSIT), género masculino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	25	3	0	0	1
2	22	6	0	1	0
3	16	9	2	2	0
4	23	4	0	2	0
5	26	1	1	1	0
6	26	2	1	0	0
7	26	1	1	1	0
8	23	4	2	0	0
9	27	0	1	1	0
10	25	4	0	0	0
11	27	2	0	0	0

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

Elaborado por: Equipo de gestión del Programa de Investigación

Para el análisis de la tabla 23 sobre consumo de otras drogas, se analiza la figura 8 la cual señala una puntuación de 1, es decir se encuentra en una variable protectora. Cabe indicar que para el reactivo 1, 1 estudiante respondió que a diario o casi diario consumía drogas, 7 estudiantes manifiesta haber consumido tabaco los últimos tres meses, 13 hombres dicen haber consumido alcohol los últimos tres meses. Como se visualiza en la tabla 21.

Tabla 22: Frecuencia de ansiedad y depresión (PHQ-9), género masculino

Reactivo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	13	13	1	2
2	15	10	1	3
3	17	6	3	3
4	16	9	2	2
5	17	9	3	0
6	17	7	3	2
7	19	8	2	0
8	16	7	4	2
9	18	5	5	1

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

Para la tabla 22 de la variable de depresión ansiedad (PHQ-9), de acuerdo a la figura 8 la puntuación se encuentra en 2 es decir se encuentra por debajo de la media, definiéndola como una variable protectora. De la tabla 22 se deduce que 14 hombres se sienten deprimidos y 11 hombres piensan que estarían mejor muerto o han deseado hacerse daño.

Tabla 23: Frecuencia de Satisfacción Vital (LSQ) según el género masculino

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

Fuente: Unidad Educativa Investigada

Elaborado por: Sánchez, M (2015)

Finalmente en la puntuación con respecto a la satisfacción de vida en la figura 8 se ubica con una puntuación de 8 estando sobre la media, esto señala que la media considera tener una buena satisfacción de vida, se la define como una variable protectora, siendo que el mayor número de frecuencia está en el máximo de satisfacción 10 hombres.

DICUSIÓN

Según el objetivo planteado de la presente investigación de analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06, año lectivo 2015-2016, de los resultados obtenidos en la figura 4 se infiere que las variables consideradas predictores de buena salud mental son; estilos de afrontamiento, resiliencia y satisfacción vital y las variables que se presentan como variables de riesgo para la población investigada son; el apoyo social y la personalidad.

En cuanto a la variable de estrés, esta se encuentra en los 5 puntos es decir es neutral, lo que es comprobado con el reactivo 9 que señala que 25 estudiantes responden que en el último mes han podido controlar las dificultades de su vida, estos resultados tienen relación con lo señalado por Atienza y Cols (2000) quienes señalan que la ausencia del estrés en las personas se debe a que estas se encuentran satisfechas con sus vidas, relacionando así la satisfacción vital con el estrés, siendo que en nuestra investigación los estudiantes de primero y segundo de bachillerato registran en cuanto a la variable satisfacción de vida 7 puntos es decir como una variable protectora. Analizando los resultados de variable estrés con la satisfacción vital se deduce que tiene concordancia con la literatura propuesta.

En lo que respecta al estilo de afrontamiento, flexibilidad e inflexibilidad psicológica, los resultados generales indican como una variable de protección, sin embargo a nivel de género, las mujeres investigadas en esta variable se encuentra como variable de riesgo, siendo que en la tabla 11, 13 mujeres determinan que los recuerdos le hacen difícil vivir la vida que querían, así como expresan tener miedo.

En relación a la respuesta el género masculino en esta misma variable en la tabla 19, siendo la mayor frecuencia 16 persona manifiestan que nunca es verdad que sus recuerdos dolorosos les impiden llevar una vida plena, encontrándose en 4 puntos como una variable protectora. Por los datos señaladas es importante señalar que las mujeres presentaron la puntuación más elevada en cuanto a esta variable

Continuando con la investigación en cuanto al consumo problemático de alcohol en el análisis de datos generales figura 4, se encuentra con 1 punto, considerándose como una variable protectora, cabe indicar que al visualizar y analizar la figura 5 se obtiene que el 80% de la población investigada realiza un consumo prudente o de bajo riesgo, el 16% un consumo de riesgo, mientras que 2% un consumo perjudicial y el restante 2% se ubica con un síndrome de dependencia.

Según los datos obtenidos el 16% de la población estudiada tendría un consumo de riesgo, sin embargo considerando lo manifestado por Roson (2008) en el consumo de riesgo “no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero si riesgo futuro de daño psicológico, social y físico “(p.34). Motivo por el cual se debe tomar medidas preventivas con la población estudiada, puesto que este porcentaje se puede incrementar

En el análisis por género tenemos que 91% de las mujeres investigadas tiene un consumo prudente o de bajo riesgo, un 5% un síndrome de dependencia y 4% un consumo de riesgo, y en los varones el 72% tiene un consumo prudente o bajo riesgo, además existe una mayor prevalencia de consumo de riesgo comparado con el género femenino de un 24% y un 4% de prevalencia de consumo perjudicial. De estos datos se puede analizar que los varones tienen un mayor consumo que el género femenino. Estos resultados tienen concordancia con un estudio del consumo de alcohol en Latinoamérica que revela que en particular, en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones. (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Con estos resultados podemos constatar que el consumo de alcohol se da tanto en mujeres como en varones, puesto que en la investigación el consumo se da en ambos géneros y en relación a la salud mental se la define como una variable de protección.

En lo referente al análisis de la variable de resiliencia, se evidencia en la figura 4 que es de 6 puntos ubicándose sobre la media es decir se la define como una variable protectora lo cual tiene relación con lo expresado por Moreno (2005) sobre las principales características de estas personas; son resistentes a las adversidades y saben reponerse a estas, reconstruyéndose y reinventándose, reponiéndose a las adversidades. Esta información concuerda con los resultados obtenidos definiéndose esta variable como un predictor de buena salud mental para la población investigada.

Comparando los resultados obtenidos de la población de género femenino y masculino, se evidencia que para los varones refleja un puntaje de 7 en la figura 6 y para las mujeres de 6 en la figura, por lo que se infiere que el grupo de alumnos de género masculinos investigados serían más resistentes y adaptables a los cambios y situaciones adversas que se presenten.

En cuanto a la variable relacionada con otras drogas, los valores generales reflejan un valor de 0, lo que la define como una variable protectora, teniendo la más alta prevalencia el reactivo 9, “nunca” en los últimos 3 meses, ha consumido alucinógenos, en general la gran mayoría de estudiantes responden que nunca han consumido sustancias, sin embargo en el

reactivo 3, 15 personas manifiestan que en los últimos tres meses una o dos veces han consumido alcohol, Cabe indicar que para el reactivo 1, un estudiante respondió que diariamente había consumido drogas, como se evidencia en la tabla 8.

En cuanto a consumo por géneros, el femenino se registra 0 y para el masculino 1 punto. Para el reactivo 1, 1 estudiante respondió que a diario o casi diario consumía drogas, 7 estudiantes manifiesta haber consumido tabaco los últimos tres meses, 13 hombres dicen haber consumido alcohol los últimos tres meses. Como se visualiza en la tabla 21, lo que señala un potencial riesgo en la población estudiada.

Otra variable analizada es la ansiedad y depresión que se encuentra por debajo de la media, como una variable protectora, lo mismo que se puede comprobar al analizar la alta satisfacción de los adolescentes investigados registran en la figura 4. Sin embargo como señala Mingote y Requene (2008) “En la adolescencia predominan las emociones negativas tales como la ansiedad y depresión, las mismas que se las asocia con situaciones estresantes como frustración y expectativa y miedo al fracaso, que genera insatisfacción personal, y pueden dar una autoevaluación negativa del adolescente, aumentando la ansiedad en este”(p.18). Es por ello que constantemente se debe empoderar a los jóvenes con herramientas para manejar estas emociones negativas.

Al comparar los resultados obtenidos del género masculino y femenino tenemos que las mujeres investigadas se ubican en el punto 4, mientras que el género masculino en 2, se infiere que los hombres investigados son menos proclives a deprimirse, lo que está relacionado con los resultados del nivel de resiliencia obtenidos, siendo en el varón mayor que en la mujer.

Al analizar la variable la satisfacción vital, la misma que es considerada protectora como señala la figura 4, con una puntuación de 8 puntos lo que denota satisfacción con la vida. “El componente cognitivo del bienestar sería la satisfacción vital, ya sea de manera global o por dominios específicos, y el componente afectivo se refiere a la presencia de sentimientos positivos, lo que algunos autores denominan felicidad” (Arita, 2005).) (Como se citó Moyano y Ramos, 2007) se infiere esta variable como predictor de una buena salud mental en la investigación, puesto la alta frecuencia de individuos que se encuentran satisfecho con sus vidas, como se evidencia en la tabla 9, solo 1 persona se encuentra por debajo de la media de satisfacción. Referente al nivel de resultados por género, el femenino registra una puntuación de 7 puntos y el masculino de 8 puntos, es decir los hombres investigados se encuentran tienen una valoración positiva mayor que las mujeres.

En el análisis del factor psicosocial tenemos que 32 individuos de un total de 51 presentan un alto grado de personalidad tipo A, caracterizada según Llaneza (2009) por el deseo de participar en actividades que impliquen competencia y presión para cumplir con sus objetivos. El resultado sobrepasa a la media establecida con 6 puntos según figura 4 del análisis de resultados generales, lo que se confirma con las frecuencias, puesto que son las más alta reflejadas como respuestas en los ítems: 32 individuos tienen un fuerte deseo de sobresalir en la mayor parte de las cosas, 25 se sienten presionados por el tiempo y 35 han llegado al límite del agotamiento alguna vez debido a los estudios.

Con este análisis se infiere que las características antes señaladas son las presentadas con gran fuerza en la personalidad de los adolescentes investigados, definiéndose como una variable de riesgo.

Al realizar un comparativo entre los hombres y mujeres investigados se denota que el género femenino tiene una puntuación de 7 mientras que el género masculino de 6 ambos sobre la media establecida, predominando la personalidad tipo A, definiéndose como una variable de riesgo.

En lo que respecta a la última variable investigada, es la referente al Apoyo social, se la define como variable de riesgo, encontrándose en la figura 4 con una puntuación de 6, al analizar la frecuencia 17 de los investigados respondió que sienten que le falta compañía “a veces”, mientras que 14 estudiantes manifiestan que “a veces” sienten que sus relaciones sociales no son significativas, finalmente 20 de los investigados dicen sentirse tímidos. Este reactivo es preocupante puesto que se denotan sentimientos de soledad. “el apoyo social parece desempeñar un importante papel en moderar el impacto de los sucesos vitales estresantes sobre la salud en general, elevándose las tasas de mortalidad entre las personas con escaso apoyo social (Harwood, Blizard, Thomas y Mann, 1997)” (Como se citó en Castellano, 2014). Se infiere que el apoyo social es necesario para una buena salud mental.

Al realizar el comparativo por género, se define una diferencia de un punto entre ambos géneros, siendo en las mujeres mayor prevalencia subjetiva de soledad que en los hombres, por lo que se constituye el apoyo social como una variable de riesgo.

En conclusión esta investigación nos ayuda a determinar las variables predictores de la buena salud mental y del consumo de sustancias, en general se observa una buena salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato con baja prevalencia en el consumo de alcohol y otras sustancias.

CONCLUSIONES

- Esta investigación permitió analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en estudiantes de primero y segundo de bachillerato, Zona 5, Distrito 20D01, Circuito 20D01C06, año lectivo 2015-2016, acorde a los resultados presentados se deduce que las variables investigadas, la mayoría se encuentra bajo la media es decir como variables protectoras , relacionadas a la buena salud mental, existiendo únicamente dos variables que se identifican como variables de riesgo.
- En referencia a las variables constituidas como protectoras se encuentran: bajo nivel de estrés, estilo de afrontamiento, resiliencia, bajo nivel de depresión y ansiedad, alta satisfacción de vida, niveles bajo de uso de alcohol y otras sustancias.
- Con respecto a las variables de riesgo se encuentran; apoyo social, y el tipo de personalidad tipo A.
- La variable de personalidad Tipo A, es la que se presenta con mayor frecuencia en los estudiantes investigados, caracterizado por un fuerte deseo de sobresalir, que se sienten la presión del tiempo y algunos han llegado al límite del agotamiento
- De la investigación realizada existen diferencia en cuanto al puntaje en las variables descritas en la batería estandarizadas entre géneros, las diferencias son; el género femenino tiene una percepción más alta del estrés, además presentan con mayor frecuencia la personalidad tipo A, y tienen una mayor sensación subjetiva de soledad, el género masculino presentan una mayor nivel de resistencia a los cambios y adaptabilidad, y puntúan más alto nivel de satisfacción de vida, y tienen mayor consumo de otras sustancias que las mujeres.
- Del análisis realizado, el consumo de sustancia es bajo en la población investigada, sin embargo se debe estar alerta puesto que se registran consumos que podrían incrementarse con el tiempo.

- Del total de la población estudiada el 20% se encuentra en un consumo problemático de sustancias que va desde un consumo de riesgo hasta un síndrome de dependencia.
- Comparando el consumo del género femenino con el masculino En cuanto al nivel de consumo problemático de sustancias tenemos en el género femenino un 9% mientras que el género masculino un 29% que va desde un consumo de riesgo hasta síndrome de dependencia, es decir existe un mayor consumo en los varones que en las mujeres investigadas.
- Dentro de la investigación se consideran como variables de mayor riesgo al apoyo social, lo que denota sentimientos de soledad en los estudiantes investigados, siendo este un predictor de consumo problemático, puesto que podría incidir en el consumo de sustancias.

RECOMENDACIONES

- Con base en la investigación realizada se sugiere trabajar en las variables de riesgo, por medio de programas integrales donde se realicen actividades que integren a los jóvenes y se les brinde herramientas para el manejo de sus emociones características de la personalidad tipo A, para que puedan desenvolverse y mejorar sus habilidades sociales, así como su integración a clubes con actividades recreacionales, donde puedan desarrollar sus destrezas y disminuir así las sensaciones soledad que estos presentan.
- Otra recomendación en cuanto al apoyo social, será promover las relaciones entre padres e hijos, por medio de talleres, y actividades integrales donde los padres puedan conocer a sus hijos e involucrarse en el mundo del adolescente y de las actividades que estos son parte, de esta manera puedan concatenar sus relaciones familiares, para que los adolescentes se sientan apoyados, comprendidos, escuchados y sobre todo amados,
- El consumo de alcohol y otras sustancias es bajo en el grupo investigado, sin embargo se detectó que muchos de los jóvenes han tenido contacto con sustancias, por lo que se recomienda que las instituciones educativas trabajen activamente con los adolescentes en campañas sobre el uso y abuso del alcohol y las drogas y sus graves consecuencias para la salud mental, por medio de talleres, donde se sientan motivados y puedan expresar sus necesidades.
- Empoderar a las entidades para que estos creen programas y actividades extracurriculares, que permita a los jóvenes, involucrarse con la comunidad y desarrollar su imaginación y fortalecer sus habilidades.
- Realizar este tipo de investigaciones de manera anual, y con una muestra más grande que permita tener resultados más reales de la juventud en cada provincia del país, para que las autoridades puedan tomar medidas preventivas y correctivas que permitan a los jóvenes y adolescentes una vida segura y libre de drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arita. B. (2005) Satisfacción de la vida y teoría homeostática del bienestar, *Psicología y salud*, 15(1), 121-126

Castañeda, J. y Chaves, L., (2013). Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 55-69

Asociación Americana de Psicología (2015) Cambie de opinión acerca de la salud mental. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cambie.aspx>

American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 Ed.). Washington, D.C.

Baez, A., Serna, N., Vargas., M (2013). Cambios de conductas adherentes en el contexto hospitalario a partir de una terapia psicológica basada en aceptación y conducta orientada a los valores en pacientes heridos en combate. *Revista Med*, 21(2), 12-24.

Baeza. J., Balaguer, G., Bechi, I., y Coronas. M. y Guillamon, N. (2008) Higiene y Prevención de la ansiedad, España: Díaz de Santos.

Bang, C; (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13() ,109-120.

Behraman. R, Kliegman R Y Jenson .H (2006) Nelson Tratado de Pediatría, Madrid, España: Elsevier.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.

Belda, R., Gimeno, R., Mora, E., Mora, R., Nogales, F. y Sanz, V. (2005) *Técnicos Medios Especialistas en Menores de la Generalitat Valenciana*. MAD-Eduforma.

Boulanger, J., Hayes, S., y Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. En A. Kring, y D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-134). New York: Guilford.

Blanco A. et Al. (2000) *Psicología y sociedad*, Real sociedad económica de amigos del país, Valencia, España Recuperado de: http://rseap.webs.upv.es/Anales/99_00/A_Anales_99_00.pdf#page=89

Carretero, R.; (2010). Resiliencia una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas*, ()

Carretero, M., Palacios, J y Marchesi, A (1985) *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, Madurez y senectud*, Madrid: Alianza.

Castellano, C., (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3) 365-377

Castillo. A y Gutiérrez M (2009) Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes, España: EOS. Recuperado de: http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/17/espanol/Art_17_295.pdf

Constitución del Ecuador (2008). Ciudad Alfaró: Asamblea Constituyente

Cloninger, S.C (2003) *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson

Colom, B. R (2011) *Psicología de las Diferencias Individuales*. Madrid, España: Editorial Pirámide

- Daniels, N (1998) Parámetros de Justicia y Monitoreo de la equidad: Apoyo a un programa a la OMS: *Universidad Javeriana. Programa de Posgrado en administración y salud y seguridad social* (16) 7-8
- Espada, J., Botvin, G., Griffin, K., Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras. *Revista Papeles del Psicólogo*, 23(84) 9-17
- Gaete V. (2015) Desarrollo Psicosocial del adolescente. *Revista Chilena Pediatría*, 86(6) 436-443.
- Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E., Durand, E., Colmenares, C. y Saldívar. G. (2006) La importancia del Apoyo social para el bienestar Físico y Mental. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam063i.pdf>
- García, C., y González, A. (2000) Tratado de pediatra social, Madrid España: Díaz de Santos.
- Garduño, L. et al. (2005) Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. México: Editorial: Siglo XXI S.A.
- Heinze, M. y Camacho, P. (2010). Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad Gerhard, México.
- Hibbeler, R. (2006) Mecánica de Materiales, México: Pearson
- Ibáñez, I; Matud, P; López, M; Marrero, R; Carballeira, M; (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25() 32-37.
- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2004) Desarrollo Humano, Una Perspectiva del ciclo vital. México: Editorial Cengage Learning.
- Kalish, R. (2004). La vejez. Perspectiva sobre el desarrollo humano (2 ed.). Madrid: Editorial Pirámides

- Kohlenberg, R. (2004) Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento, España: *International Journal of Clinical and Health Psychology* Recuperado de:http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-149.pdf
- Kolb, B. y Whishaw, I. (2008) Neuropsicológica Humana. Madrid, España: Panamericana
- Krauskopf, D. (1994). Adolescencia y Educación. EUNED, 2 ed. San José
- Krauskopfof, D., (1999) El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios, *Adolescencia y Salud*, ISSN, 1(2) Costa Rica.
- Llaneza, J. (2009) Ergonomía y Psicología Aplicada, Manual para formación de Especialistas (12va ed.). España: Lex Nova.
- Leturia, F., Yanguas, J., Arriola, E. y Uriarte, A (2001). La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Madrid, España: Editorial Caritas Española
- López, M (2014) Health and Addiction, Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones, España, Recuperado de:
www.haaj.org/index.php/haaj/article/download/216/227
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A., Pinilla, M., Villa-Roel, D., Villegas, M., Arango, A., Restrepo, P., & López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
- Luciano C., Gutiérrez O. y Rodríguez M (2005) Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso: *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n2/v37n2a08.pdf>

Luciano, C., Páez M y Valdivia S (2010) La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial, España: International Journal of Clinical and Health Psychology. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-345.pdf

Luthar, S.S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 740-795). New York: Wiley

Marcdante. K y Kliegman R (2015) *Pediatría esencial*, Barcelona, España: Elsevier

Mingote, C. y Requena, M (2008), *El malestar de los jóvenes: Contextos, raíces y experiencias*. Madrid, España. Editorial Díaz de Santos, S.A.

Maturana, H., (2011) Consumo de alcohol y drogas en adolescentes, *Revista Médica Clínica*.
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716

Ministerio de Salud Pública (1999), *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*, Cuba. Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>

Miranda, A. y Pérez, J. (2005). *Socialización familiar, pese a todo Libro de Ponencias del Congreso ser adolescente hoy*, Madrid, España: Fundación de Ayuda a la Drogadicción.

Molina, L. y Arranz, B. (2010), *El médico en casa, comprender la depresión*: Amat, España.
<https://books.google.com.ec/books?isbn=8497354133>

Moreno, B., Garrosa, E. y Gálvez, H (2005) *Personalidad Positiva y Salud*: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de:

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

Moyano, E. y Ramos, N., (2007), Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2() 184-200.

Oblitas, L.A (2010) *Psicológica de la Salud*. México: Cengage Learning

Oliva, A. y Parra, A. (2004). *Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia*. Madrid, España: Pearson Educación.

Organización Mundial de la Salud (2013) *Salud Mental: Un estado de bienestar*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2015) *Salud Mental: Alcohol*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Mundial de la Salud (1994) *Glosario de términos de Alcohol y Drogas*, Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo

Organización Panamericana de la Salud (2009). Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/

Organización Panamericana de la Salud (2015) *Informe de la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, D.C, Recuperado de: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task

Parolari, F (2005) *Psicología de la adolescencia, despertar para la vida*, Bogotá, Colombia: SAN PABLO

Pose, G (2015) *El Estrés en la evaluación Institucional*: Idoneos.com Recuperado de: <http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/345577/>

Purriños, M. *Escala de Hamilton-Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)*. Extraído el vol.5.

- Quiceno, J., Vinaccia, S., (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9() 69-82
- Redondo. C., Gabriel, G., y García M., (2008) Atención al adolescente, España: Universidad de Cantabria.
- Rodrigo, M. & Palacios, J. (2010). Familia y Desarrollo Humano. Madrid, España: Alianza.
- Rossi, P., (2008) Las Drogas y los adolescentes lo que los padres deben saber sobre las adicciones, Madrid, España: Tebar.
- Rosson, B., (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica*, 69(1) 29-44
- Ruiz, D., (2014) La Regulación verbal en la infancia y adolescencia: Su importancia en el estudio de la personalidad. (Tesis doctoral) Universidad de Almería, Almería, España.
- Sabán. J. & Fabregate. R (2012) *Control Global del Riesgo Cardiometaabólico*, Madrid: Díaz de Santos.
- Salanova M, Bresó E y Shaufeli W. (2005) Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement, Holanda: Universitat Jaume. Recuperado de: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/243.pdf>
- Sue, D y Wing, D y Sue, S (2005) Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal, México: Cengage Learning.
- Sun, (13 de marzo 2015), Estrés, aislamiento y ansiedad, los efectos de la tecnología, El imparcial, Recuperado de: <http://www.elimparcial.com/EdicionOnline/Notas/CienciayTecnologia/13032015/951338-Estres-aislamiento-y-ansiedad-los-efectos-de-la-tecnologia.html>
- Touriñan, J (2008) Educación en valores, educación intercultural y formación para la convivencia pacífica. La Coruña: Netbiblo, S.L

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, Research, (2015), Informe Mundial Sobre las Drogas 2015. Recuperado de: <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2015/informe-mundial-sobre-las-drogas-2015.html>

Vélez, A., (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12() 63-78.

González M, Vásquez, O y Álvarez, P. (2013) El análisis de la resiliencia en personas que constituyen parejas mixtas en Andalucía.
Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/1501741697?accountid=45668>

Verdugo-, J., Guzmán J., Ponce, B., Meda, R., Uribe, J., Guardado, R., (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11() 79-91.

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

Código

Nombre de la Institución Educativa: _____
Lea detenidamente los enunciados, y marque con una X en el cuadro la respuesta que mejor describa su realidad.

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	2. Edad: _____ (años)	
3. Peso: (libras)		4. Altura: _____ (cm)	
5. Nivel de estudios:	<input type="checkbox"/> 1º de bachillerato		<input type="checkbox"/> 2º de bachillerato	<input type="checkbox"/> 3º de bachillerato
6. Tipo de establecimiento:	<input type="checkbox"/> Fiscal	Particular		
7. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	Separado / Divorciado	
8. Ocupación principal:	<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo		Si su respuesta es estudiar y trabajar, ¿Cuántos años viene trabajando? _____	
9. Zona donde vive:	<input type="checkbox"/> Urbano	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	Es superior a 30 min al día de intensidad moderada (ej. caminar a paso rápido, bailar, tareas domésticas...)		Es superior a 30 min al día de intensidad alta (ej. salir a correr, salir 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	No, pero considero mi dieta, en general, saludable.		
17. ¿Le han recetado algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?.	<input type="checkbox"/> Sí	No		
18. ¿Cuántos días se ha ausentado de clases en el último año por motivos de salud?.	_____			
19. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?.	<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 TDHA	<input type="checkbox"/> Acné
20. ¿Cómo considera usted su salud en general?.	<input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Muy Buena
	<input type="checkbox"/> Artritis o artrosis	<input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable	<input type="checkbox"/> Tumores
	<input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias (asma, bronquitis)	<input type="checkbox"/> Buzos no recibir los dientes en proporción	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Alergia
	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Normal (ni buena, ni mala)	<input type="checkbox"/> Otras

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

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

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

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

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

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

1. Poco interés o agrado al hacer las cosas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días.	<input type="checkbox"/> 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"/> Cada día
3. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o durarme demasiado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días.	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> Cada día

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

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

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

1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de los 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

Gracias por su colaboración