



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 9, distrito educativo norte, N° de circuito 6, año lectivo 2015-2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTOR: Zambrano Rojas, Iván Francisco

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth, Mgtr.

CENTRO REGIONAL QUITO

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Elizabeth Vivanco Vivanco.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 9, distrito educativo norte, N° de circuito 6, año lectivo 2015-2016, realizado por Iván Francisco Zambrano Rojas, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Noviembre de 2016

Firma:.....

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Zambrano Rojas Iván Francisco con C.I: 152615655-5 declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 9, distrito educativo norte, N° de circuito 6, año lectivo 2015-2016, de la Titulación de Licenciado en Psicología siendo María Elizabeth Vivanco Vivanco directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.:

Autor: Zambrano Rojas Iván Francisco

Cédula: 172615655-5

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mi madre quien ha sido un ejemplo de perseverancia, lucha y entrega, ella me ha impulsado a buscar nuevos horizontes profesionales y humanos. También dedico este trabajo a mis sobrinos quienes a su corta edad dan signos de gran entusiasmo por la vida, ellos son la motivación de mi esfuerzo ya que deseo darles un ambiente adecuado en el que puedan desarrollarse.

Iván Francisco Zambrano Rojas

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, quienes han sabido inculcar en mí valores como la perseverancia, la honestidad, el respeto y la dedicación. Ellos me han brindado el apoyo necesario para que supere las adversidades y logre cumplir mis objetivos. De la misma manera doy un agradecimiento a mis tutores y maestros quienes con esmero me han sabido guiar por el extenso camino del conocimiento científico.

Iván Francisco Zambrano Rojas

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
MARCO TEÓRICO	4
TEMA 1: SALUD MENTAL.....	5
1.1. Definición de salud mental.....	5
1.2. Factores Asociados a la Salud Mental.....	6
1.2.1. Personalidad.....	6
1.2.2. Estrés.	8
1.2.3. Apoyo Social.....	9
1.2.4. Inflexibilidad Psicológica.	11
1.2.5. Compromiso Vital.....	12
1.2.6. Resiliencia.	13
1.2.7. Ansiedad y Depresión.	15
1.2.8. Satisfacción Vital.....	17
TEMA 2: CONSUMO DE DROGAS	19
1.2.1. Consumo Problemático de Drogas.....	19
1.2.2. Consumo Problemático del Alcohol.....	20
1.2.3. Causas del Consumo de Drogas.....	22
1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas.....	24
TEMA 3: ADOLESCENTES	27
1.3.1. Desarrollo Biológico.	27
1.3.2. Desarrollo Social.....	31
1.2.3. Desarrollo Psicológico.....	34
CAPÍTULO II.....	41
METODOLOGÍA.....	41
2.1. Objetivos.	42
2.1.1. Objetivo general.....	42
2.1.2. Objetivos específicos.	42

2.1.3. Preguntas de investigación.	42
2.2. Diseño de investigación.....	42
2.3. Contexto.....	43
2.4. Población.	44
2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	45
2.5.1. Métodos.	45
2.5.2. Técnicas.	45
2.5.3. Procedimiento.	47
2.5.4. Recursos.....	49
CAPÍTULO III.....	51
ANÁLISIS DE DATOS	51
3.1. Resultados Obtenidos.	52
3.1.1. Datos Psicosociales.....	52
3.1.2. Análisis de Datos Generales.....	53
3.1.3. Análisis de Resultados Respecto al Género Femenino.....	60
3.1.4. Análisis de Resultados Respecto al Género Masculino.....	67
3.2. Discusión de los Resultados Obtenidos.....	74
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA.....	81
ANEXOS.....	88

RESUMEN

Esta investigación es acerca de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 9, distrito educativo norte, N° de circuito 6, año lectivo 2015-2016. Lo que se pretendió es describir la relación existente entre las variables a investigar y los estudiantes que cursan primero y segundo de bachillerato. Las variables a analizar fueron: la personalidad tipo A, el estrés, el apoyo social (soledad), la inflexibilidad psicológica, el compromiso vital, la resiliencia, la ansiedad/depresión, la satisfacción vital y el consumo de drogas. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron test, cuestionarios y escalas. En base a la información que se extrajo de los instrumentos y técnicas de recolección de datos se analizó la distribución de las variables, considerándolas a éstas de protección o de riesgo según corresponda. La investigación es de tipo descriptiva. Como conclusión se observó que la resiliencia y la satisfacción vital son variables protectoras, por otra parte la personalidad tipo A y el apoyo social pertenecen a las variables de riesgo relevantes.

Palabras clave: Personalidad tipo A, estrés, apoyo social (soledad), inflexibilidad psicológica, compromiso vital, resiliencia, ansiedad/depresión, satisfacción con la vida, consumo de drogas.

ABSTRACT

This research was about psychosocial variables that can produce mental disorders in the population of a high school in Quito-Ecuador, this population belonged to the first and second course in the period of 2015-2016 of the school year. The research pretended to describe how much is the relation between the students and the psychosocial variables. The analyzed variables were the followings: Type A personality, stress, social loneliness, psychological flexibility, vital engagement, resilience, anxiety/depression, life satisfaction and drugs consume. The instruments which we wore were the next ones: tests, questionnaires and scales. In base to the obtained information we analyzed the variables and its distribution in the high school population. Another point to consider were the variables of risk and protection. The most important variables of protection were the resilience and the life satisfaction, on the other hand the most important variables of risk were the type A personality and the social loneliness.

Keywords: Type A personality, stress, social loneliness, psychological flexibility, vital engagement, resilience, anxiety/depression, life satisfaction and drugs consume.

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada es acerca de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del Conservatorio Nacional de Música en Quito-Ecuador, con el afán de conocer y cuantificar dichas variables la investigación se divide en tres diferentes partes.

En la primera parte consta el marco teórico, en él se detalla la información de otras investigaciones acerca del tema, es una revisión bibliográfica exhaustiva con respecto a las variables psicosociales a analizar, esta información sirve para relacionar los datos recolectados con las variables de investigación.

La segunda parte es la metodología, en esta se muestra cómo deben ser recolectados los datos y cómo se estructura la investigación para cuantificar e interpretar la información obtenida. En la metodología también se observa como está distribuida la muestra de estudiantes de primero y segundo de bachillerato, su ubicación geográfica, los principios de la institución educativa que colabora y sus principales características.

La tercera parte es el análisis de datos, en este apartado se observa el porcentaje de estudiantes de bachillerato que pertenecen a las variables de protección y de riesgo.

Por otra parte el análisis de datos ofrece una visión estadística general acerca de los resultados obtenidos, pero también es posible observar los resultados con respecto a cada género, de manera que se analizan las mismas variables tanto en hombres como en mujeres por separado. Al final del apartado de análisis de datos se realiza una discusión acerca de los resultados obtenidos, la misma que pretende sacar conjeturas acerca de la relación entre las variables psicosociales con la información recolectada.

También se realiza una comparación de la bibliografía existente y se observa si ésta es similar o contrasta con los resultados obtenidos en la investigación. Por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones, en las conclusiones se analizan aspectos íntimamente relacionados con los objetivos de la investigación, mientras que en las recomendaciones se ofrecen consejos al sistema educativo y a las personas que intervienen en la enseñanza de los estudiantes de bachillerato para que realicen actividades de prevención primaria que fomenten la salud psicológica.

La importancia de la investigación se debe a que la institución educativa se beneficia al saber cuáles son las fortalezas y debilidades de sus alumnos. Esta obtiene un informe de resultados que le ayuda a saber en qué sentido debe enfocarse el trabajo psicopedagógico de los docentes. La investigación también contribuye a la comunidad educativa de forma eficaz al hacerla tomar conciencia de los puntos que se deben cambiar, mantener y seguir

mejorando con respecto a la salud mental de los estudiantes de primero y segundo de bachillerato.

Desde una aproximación holística no solo el plantel educativo se beneficia, también lo hace la sociedad al formar parte de un proyecto global en el que varias instituciones a nivel provincial y nacional dialoguen sobre la manera correcta de promocionar las variables psicosociales de protección.

Uno de los problemas que se pretende solucionar es la escases de publicaciones actualizadas que existen con respecto a las variables psicosociales que se analizan, por ejemplo existe un sondeo con respecto al uso de drogas a nivel nacional del CONSEP (Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes -actualmente Secretaria Técnica de Drogas-), sin embargo la investigación que dirige la Universidad Técnica Particular de Loja tiene la ventaja de que relaciona la información recolectada con todas las dimensiones (psíquica, social y biológica) de los individuos y además posee información vigente.

El alcance de la investigación al analizar la disposición de las variables psicosociales es dar a conocer a la comunidad educativa los resultados obtenidos, esto a su vez permite a las autoridades de los planteles educativos tomar medidas con respecto a la difusión de dicha información. Esta investigación sirve como referencia y soporte informativo para que el plantel educativo haga uso de ella al realizar capacitaciones al docente, o al efectuar programas preventivos en los que se discutan temas relacionados. Otro alcance es el de proporcionar información actual sobre el estado de los estudiantes analizados y comparar esta información con otra pasada o nueva que revele cómo evolucionan las variables psicosociales en la población examinada.

Entre las facilidades para realizar la investigación se encuentran: La buena disposición de la comunidad educativa para colaborar con la investigación y la viabilidad para aplicar los instrumentos de medición de forma estandarizada, en un tiempo y espacio concreto a todos los participantes. Otro factor que facilita el trabajo investigativo es el apoyo que ofrece la Universidad Técnica Particular de Loja a sus tesistas, La UTPL mediante un equipo de tutores ofrece pautas concisas a ellos para que efectúen la investigación de forma eficaz.

Los inconvenientes para la realización del trabajo investigativo se relacionan con: el tiempo y el número de participantes. El tiempo juega un factor clave ya que el trabajo investigativo está enmarcado en un período de tiempo establecido que delimita la extensión del mismo, todo debe cumplirse en un tiempo predeterminado, desde que se capacita al investigador hasta cuando se termina la investigación. Otro de los inconvenientes es con respecto al número de participantes, no es lo suficientemente grande el número de estudiantes de

primero y segundo de bachillerato como para ofrecer resultados generalizables a todo el país. De hecho, esta investigación se la realiza en una localidad específica, se necesitan muestras de estudiantes de otras zonas del país para que los datos sean generalizables a nivel nacional.

CAPÍTULO I.
MARCO TEÓRICO

TEMA 1: SALUD MENTAL

1.1. Definición de salud mental.

La salud mental como hoy se la conoce es multidimensional, es inapropiado deducir si una persona tiene o no salud mental solo con parámetros psicológicos dejando a un lado los factores sociales y biológicos del individuo. Se solía entender a la salud como la carencia de enfermedades antes de la década de los cuarentas, pero la diferente concepción del hombre después de la segunda guerra mundial conllevó grandes cambios sociales, consecuentemente la Organización Mundial de la Salud como otras organizaciones cambiaron de filosofía y punto de vista en la posguerra. De manera que el 22 de julio de 1946 se declara que la salud incluida la salud mental no es la carencia de enfermedades sino el estado de completa armonía de factores psicológicos, biológicos y sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Todos los factores que contribuyen al bienestar del individuo están inherentemente relacionados con la salud, el deterioro de una de estas dimensiones o factores conlleva también al deterioro de la salud en general, por ejemplo, se sabe que la personalidad Tipo A (factor psicológico) predispone a que exista riesgo de enfermedades cardiovasculares (factor biológico). En el caso de la salud mental, la OMS (2014) la define como esencialmente un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad o entorno.

Es responsabilidad de las personas ser agentes activos en el desarrollo de su propia salud. Los malos hábitos usualmente deterioran la salud, por lo que es necesario modificar las conductas y pensamientos nocivos para el bienestar del individuo, y así ir a estándares más sanos de salud mental y física. Al respecto Oblitas (2010) explica que en la actualidad ya no se prescribe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar.

Por otro lado se encuentra la antagonista de la salud mental que es la psicopatología que según Sue, Sue & Sue (2010) es: "El término que los psicólogos clínicos utilizan como sinónimo de conducta anormal" (p.3). En base a ciertos factores (psicológicos, sociales, biológicos) los profesionales de la salud mental se dan cuenta si una persona tiene una psicopatología. De acuerdo con Sue, Sue & Sue (2010) estos factores son: la angustia, la desviación, la disfunción y por último la peligrosidad. La angustia tiene que ver con el hecho de que la persona puede sufrir tanto síntomas psicológicos como físicos desagradables y dependiendo de la gravedad ser intolerantes para el individuo, como es sabido algunas afecciones físicas tienen una directa correlación con estados psicológicos alterados, algunos

de los más comunes son la gastritis, el insomnio, tensión muscular, el asma, hipertensión, falta de apetito, exceso de apetito entre otras. Muchas de estas molestias psicológicas y físicas no son necesariamente signos de un trastorno psicológico en la medida en que su duración no sea demasiado prolongada ni afecte en la vida cotidiana al individuo.

Un factor a tomar en cuenta para la psicopatología es la “desviación”, la desviación está dada por parámetros estadísticos. Sue, Sue & Sue (2010) explican: “La anormalidad se define en términos de aquellas conductas que ocurren con menor frecuencia” (p.8). Otro factor para determinar la ausencia de salud mental o psicopatología es la “disfunción”, esta se refiere a la incapacidad de una persona para enfrentarse a su vida diaria al desempeñar roles sean estos laborales, académicos o familiares, en tal situación la persona ya no resuelve los problemas con la eficacia que cada acción o rol requiere. El último de los factores es la “peligrosidad”, este factor se refiere a la posibilidad de que una persona pueda infligir daño tanto a sí misma como a las que le rodean (Sue, Sue & Sue, 2010).

1.2. Factores Asociados a la Salud Mental.

1.2.1. Personalidad.

Según Allport (1985) la personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos. Lo anteriormente dicho hace énfasis en la unidad del sujeto, en que todos los factores sean estos físicos o psíquicos actúan mutuamente para formar lo que es la personalidad y que muestran su unidad mediante la conducta del sujeto. La personalidad se puede dividir en dos grupos que son el temperamento y el carácter. Según Allport (citado por Montaña, Palacios & Gantiva, 2009) el temperamento es un fenómeno emocional, se puede dar a causa de factores genéticos o hereditarios, por otra parte el carácter es un juicio de valor y una evaluación ética-moral que se hace de la personalidad, depende en gran medida de la experiencia de cada individuo. La genética como las condiciones en las que vive el individuo moldean su personalidad a lo largo de su desarrollo, ambas (genética y condiciones ambientales) están inherentemente conexas ya que la genética o factores personales siempre se van a desenvolver en un ambiente el cual inhibirá o permitirá que ciertas características de la personalidad aparezcan.

Ya en los años setenta Skinner (2002) criticaba duramente a quienes creían que el ser humano y su personalidad son predecibles a través del autocontrol de procesos del pensamiento, motivación y afecto. Skinner (2002) comenta que la noción de que los humanos operan como agentes completamente independientes tiene pocos seguidores

serios, aunque esto es invocado en los bocetos de las teorías cognitivas de la conducta humana.

Por otro lado Bandura (1999) cree que algunos fenómenos están más involucrados con los factores personales como: los procesos de atención, la representación y reconstrucción de la memoria, la motivación, la activación emocional, entre otros. En síntesis es difícil afirmar que el ser humano actúa solamente bajo los impulsos que recibe de los estímulos ambientales ya que también los factores personales o internos regulan al individuo y a la información que recibe del entorno.

El individuo no nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que condicionará, en parte, el desarrollo posterior. La personalidad se conquista, se hace, se construye. Las condiciones heredadas se complementan y transforman a través de la experiencia, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la fuerza de voluntad, la convivencia y el cultivo de la persona. (Salvaggio & Sicardi, 2014, p.2)

La personalidad corresponde a rasgos que son relativamente estables a lo largo de la vida de un individuo. En psicometría es desde los rasgos que se puede medir y determinar los comportamientos que mantienen una estabilidad en el comportamiento del individuo a través del tiempo. Catell (citado por Fernández-Ballesteros, 2010) comenta que: “Desde ésta perspectiva se asume que la personalidad es lo que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación” (p.346). Así Guilford, Catell & Eysenck han usado los rasgos en materia de psicometría para formular sus propias teorías de la personalidad, a las que en su conjunto se las ha denominado “teorías factoriales clásicas de la personalidad” (Fernández-Ballesteros, 2010). Su denominación de “factoriales” se debe a que en sus teorías de la personalidad Guilford, Catell & Eysenck dedujeron que existen factores primarios y secundarios de la personalidad.

Con respecto a ésta investigación se debe mencionar que una de las variables a estudiar se relaciona con el tema de la personalidad tipo A. De manera que existen estudios médicos en los que hay una correlación positiva entre los padecimientos cardiovasculares con una determinada clase de personalidad, a esta la denominaron personalidad tipo A. Los individuos que presentan este perfil de personalidad se caracterizan por una implicación laboral extrema, urgencia de tiempo, impaciencia, hostilidad y competitividad, necesitan del éxito y reconocimiento social constante (Oblitas, 2010, p.32).

Al tener una necesidad excesiva de competitividad y al expresar hostilidad el cuerpo secreta catecolaminas, éstas son hormonas que se presentan usualmente cuando el sujeto se siente amenazado. Oblitas (2010) comenta que lo que hace perjudicial a la personalidad tipo A es la hostilidad, al presentar el individuo síntomas de desconfianza e irritabilidad (síntomas propios de una conducta hostil) se genera un estado de constante vigilancia en las que

intervienen hormonas como la noradrenalina y la testosterona que están involucradas en el deterioro del sistema cardiovascular.

1.2.2. Estrés.

El estrés es uno de los problemas más comunes en la actualidad, quién no ha escuchado decir en algún momento que alguien de su alrededor está estresado. “El término estrés se ha convertido en una palabra de moda en el mundo contemporáneo, lo han utilizado no solamente los científicos sino también la gente común” (Córdova & Irigoyen, 2015). Muchos síntomas del estrés se deben a factores externos como la presión en el trabajo, otros se deben a factores internos y estos son relativos al nivel de sensibilidad del individuo a los estresores. Dentro del estudio del estrés se encuentran tres enfoques distintos (Oblitas, 2010, p.26). Entre ellos están: el punto de vista ambientalista que hace hincapié en los estímulos externos o estresores que son los que ocasionan el estrés. Desde este punto de vista, todo cambio en la rutina o que requiere una manera diferente de comportarse puede provocar estrés. El segundo enfoque le da importancia a la respuesta, H. Selye (citado por Oblitas, 2010) comenta que estrés es el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental. Por último el enfoque interaccionista que es una síntesis de los enfoques anteriores, en este caso si bien existen los estresores, es el individuo quien evalúa los estímulos y los considera amenazantes o no, es él quien juzga como peligrosos a los estresores a los que está expuesto.

La definición de qué es un estresor para una persona y para otra puede ser variada, ya que aunque hay cosas a las que los humanos tienen aversión por instinto hay otras que son más preferenciales y se tiñen con la historia personal de cada individuo. Uno de los investigadores más celebres con respecto a investigaciones sobre el estrés es Selye (citado por Alulema & Orbe, 2014) que afirma que los estresores son “agentes evocadores” que interfieren o cambian la condición interna del organismo. Selye (citado por Córdova & Irigoyen, 2015) también descubrió lo que denominó “síndrome general de adaptación” en el cual se pueden identificar tres fases ante la respuesta del organismo a estresores, estas son: alarma, resistencia y agotamiento.

El estudio del estrés a nivel fisiológico ha mostrado que el comportamiento del cuerpo difiere según el tipo de estresor y la prolongación de éste, por tal motivo los síntomas serán más agudos y empeorarán si el estrés es sostenido como puede ser un trabajo en el que se está constantemente bajo presión, convivencia con alguien que no se desea ver pero se comparte el día a día, entre otros. Oblitas (2010, p.27) comenta sobre los tres ejes en los que se mueve la activación fisiológica del estrés, estos son:

- Eje Neuronal: este produce una respuesta inmediata y suele manifestarse como tensión muscular
- Eje Neuroendocrino: de activación más lenta, se produce la secreción de catecolaminas las mismas que causan la respuesta de lucha-huida.
- Eje Endocrino: este eje se aplica cuando la persona está expuesta a estrés sostenido y la persona tiene la sensación de resignación y de no poder luchar en contraste con la respuesta de lucha huida anteriormente expuesta, este eje implica un número mayor de hormonas, y aunque se evidencie en más tiempo que los otros ejes es el más destructivo, se llega a presentar incluso depresión, e indefensión.

El estrés a más de ser una simple respuesta del organismo ante estímulos aversivos o estresores es una respuesta del individuo que varía en su nivel de nocividad. Como se observa en el resumen del tercer eje (el más crítico), este puede ocasionar un sensación de completa inestabilidad en el individuo y de escasa autoeficacia, haciéndolo propenso a padecer depresión. Bandura (citado por Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008) define a la autoeficacia como la creencia en las propias capacidades para realizar determinados cursos de acción. El concepto de la autoeficacia en este sentido es importante ya que en el eje endocrino existe ese sentimiento de “no poder luchar”, que refleja escasa autoeficacia, la misma que esta correlacionada con el estrés. Las personas con altos grados de autoeficacia tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o acontecimientos subjetivamente incontrolables (Bandura, 1999).

1.2.3. Apoyo Social.

Como entes sociales que son los seres humanos, las personas están inherentemente ligadas a las emociones que conllevan las interacciones grupales y sociales, o sea al círculo de amigos, compañeros del trabajo, familia, conocidos, entre otros. La calidad de las relaciones con los demás demuestran si llevamos una vida estable y en armonía con el mundo, por este motivo tener buenas relaciones con las personas de nuestro entorno constituye un factor de protección psicológico. El sentimiento subjetivo de tener una red de apoyo brinda una seguridad que mejora el estado de ánimo en situaciones estresantes, por lo que también aumenta la resiliencia del individuo.

Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas, es la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, el desarrollo de fuertes sentimientos de empatía y afecto por otros seres humanos y lograr un sentimiento de intimidad, así como dar orientación y guía a otros. Ryf & Singer (citado por Oblitas, 2010, p.331)

El apoyo social se construye mediante la capacidad para desarrollar la inteligencia interpersonal y mostrando empatía por los demás. Según Gardner (2011) “el sentido del yo” se crea a través de la fusión de la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal. La visión de Gardner (2011) dice que el individuo crea una imagen de sí a partir de suposiciones individuales y las percepciones de su entorno social hacia él. Las personas se ven en el espejo de la sociedad, el cual les ofrece una imagen de quiénes son parcialmente y que completan con su percepción y valoración personal. La realidad de “la sociedad como espejo” es ineludible debido a la condición de los seres humanos como entes sociales, de ahí la importancia del apoyo social y las intervenciones o programas que favorezcan una interacción positiva con los demás, al respecto Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo (2011) afirman que:

Los crecientes costos de la soledad han dirigido a un número de intervenciones en la reducción de la soledad. Análisis cualitativos han identificado cuatro intervenciones y estrategias primarias: (a) mejorar habilidades sociales, (b) aumentando el apoyo social, (c) incrementando las oportunidades para el contacto social, y (d) dirigiendo la cognición social inadaptada.

Es posible aumentar la capacidad de los sujetos para crear un mayor número de relaciones sociales positivas mediante las intervenciones antes mencionadas. Mejorar las habilidades sociales requiere de una predisposición para aprender a tener empatía y a ser asertivos. Para sentir un mayor apoyo social no se tiene que limitar las relaciones interpersonales, se deben expandir las posibilidades de encontrar más personas con las que interactuar. Es necesario eliminar cogniciones que impidan que se pueda tener relaciones interpersonales positivas, este tipo de pensamientos son los prejuicios (racistas, sexistas, regionalistas o de otra índole) y la intolerancia a la diversidad de opiniones y formas de ser de otras personas.

El apoyo social es parte inherente de la salud de las personas, aunque no es necesario que estén en un momento determinado las personas que podrían ayudarnos en una situación estresante, es definitorio para el bienestar de la persona sentir un apoyo por parte de su círculo social a pesar de que este sentimiento de apoyo sea subjetivo, en ese sentido incluso estando distanciados de los seres queridos el mero hecho de sentir que están dándonos “una mano” y su apoyo es confortable y otorga mayor resiliencia al individuo ante situaciones estresantes. Psychiatry Edgmont (2007) dice al respecto que:

Numerosos estudios indican que el apoyo social es esencial para mantenerse físicamente y psicológicamente saludables. Las consecuencias dañinas de un pobre apoyo social y los efectos de protección del apoyo social en las enfermedades mentales han sido bien documentados. El apoyo social puede ser mediado por las vulnerabilidades genéticas y ambientales, también concede resiliencia al estrés.

1.2.4. Inflexibilidad Psicológica.

La Inflexibilidad es una característica que en un alto grado puede ser perjudicial y se encuentra relacionada con ciertos padecimientos como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el autismo y en menor medida el síndrome de asperger. La inflexibilidad incluye la intolerancia a la ambigüedad o al cambio de rutina, las personas con inflexibilidad psicológica pueden sentirse muy perturbados si algo que consideran cotidiano aunque sea mínimo es diferente. En el plano conductual Lledó, Grau & Ferrández (2006) dicen que en las personas con síndrome de asperger la inflexibilidad psicológica se exterioriza mediante la presencia de movimientos repetitivos, también comentan que a nivel cognitivo presentan juicios y razonamientos demasiados rígidos y dicotómicos (juicios del tipo “no quiero hablar con ese chico porque tiene un tatuaje y sólo los delincuentes y las malas personas se hacen tatuajes). Debido a que la inflexibilidad a nivel cognitivo incluye esa forma de ver las cosas “blanco o negro” sin matices que las separen, esto provoca una respuesta desadaptativa ante el medio. Se requiere tener creencias más flexibles o menos rígidas con el resto de individuos para poder interactuar con ellos, en caso contrario solo se podría interactuar con gente que se considere “normal” a criterio de cada persona. La meticulosidad y perfeccionismo excesivo de las personas con inflexibilidad psicológica son también síntomas del trastorno obsesivo compulsivo, el mismo que se caracteriza por conductas ritualizadas y pensamientos obsesivos. Cabe señalar que las personas que tienen inflexibilidad psicológica como los niños con síndrome de asperger también presentan aislamiento y prefieren pasar más tiempo solos que con sus coetáneos.

Para Biglan, Hayes & Pistorello (Citados por Biglan, 2009) la flexibilidad psicológica es la habilidad de contactarse con el momento presente tanto como la consciencia humana le sea posible, y cambiar, o persistir en las conductas cuando haciendo estas sirvan para un buen porvenir. De modo que, conectarse con el momento presente implica la *aceptación* de las cosas como son, en el aquí y ahora, conducta que es difícil observar en personas inflexibles, ya que quieren cambiar cosas que incluso no les producen ninguna ventaja ni daño, de ahí que Biglan et al. (2009) comenta que es necesario persistir en las conductas que producen un provecho para uno, por lo que insistir en conductas innecesarias y en ocasiones autodestructivas produce un deterioro en el individuo sea este psicológico, social o físico.

Otra perspectiva es la de Kashdan & Rottenberg (2010) quienes definen la flexibilidad psicológica como la medida en que las personas: 1) se adaptan fluctuando de acuerdo a las demandas de la situación, 2) reconfiguran recursos mentales, 3) cambian de perspectiva, 4) equilibran deseos, necesidades y dominios personales. Desde este punto de vista la capacidad de cambio de la persona adquiere singular importancia puesto que ésta debe

adaptarse a las demandas del contexto según sus recursos internos, equilibrando los deseos personales con las posibilidades que existen. Aunque no se tenga los medios totalmente propicios para alcanzar algo, la persona flexible se adapta a la situación buscando consumir sus aspiraciones.

1.2.5. Compromiso Vital.

El compromiso vital es un concepto médico que en ese contexto significa salvar la vida del paciente interviniendo en los principales sistemas, que si dejarán de funcionar provocarían la muerte, como son: el sistema respiratorio, sistema circulatorio y el sistema nervioso (García de buen, Gómez-Mascaraque & Barbolla, 2013). Análogamente en psicología el concepto de compromiso vital significa que el profesional de la salud mental debe intervenir en casos de crisis o emergencia de tipo psíquica. Así pues, existe la definición de *primeros auxilios psicológicos (PAP)* que es el equivalente del compromiso vital de la medicina. Los PAP surgen debido a que tras un evento traumático la persona requiere ayuda inmediata para gestionar sus sentimientos que son usualmente de incertidumbre. La Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil y el Centro Nacional de Trastornos de Estrés Postraumático (citados por Hernández y Gutiérrez, 2014) afirma que “los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento” (p.6). La ayuda psicológica que se pueda ofrecer en un principio es de considerable valor ya que previene y disminuye los efectos de eventos traumáticos en el futuro, obviamente hay que dar un seguimiento adecuado al individuo hasta asesorarse de que ya no sufra ningún desequilibrio psíquico tras lo acontecido.

Además del concepto médico del compromiso vital existe uno más acorde con la psicología aunque del cual no se dispone de mucha bibliografía. Este concepto es el “compromiso con la vida” y aparece en las tres vías para alcanzar la felicidad de Selligman. Dicho autor ha realizado grandes contribuciones a la psicología positiva con sus teorías sobre la felicidad y como potenciarla.

Selligman (citado por Leimon & McMahon, 2014) explica que las tres vías para alcanzar la felicidad son: la vida placentera, La vida con compromiso y la vida con sentido. Las teorías de la psicología positiva como las del autor mencionado hacen énfasis en las fortalezas del individuo en lugar de sus debilidades, de esta forma tratan de canalizarlo hacia un compromiso consigo mismo y su entorno. Así para Selligman (citado por la Universidad Iberoamericana, 2015) la vida con compromiso es cuando el placer se deriva de la responsabilidad con una tarea en la que uno sienta “flow” -flujo o fluidez-. La vida con

compromiso se alcanza mediante el autoconocimiento de las fortalezas, a las cuales se les da un uso en el que se requiere esfuerzo, trabajo y planificación, así de esta forma se obtiene gratificación personal.

1.2.6. Resiliencia.

La resiliencia es la facilidad con que el individuo no se deja disturbar por sucesos impactantes en su vida, esta permite al individuo soportar una carga de estrés pesada sin que el individuo sufra alteraciones psicológicas graves, la persona con resiliencia sabe cómo lidiar con los estresores y en el mejor de los casos incluso sacarles provecho. El individuo con resiliencia ve al problema como un desafío, un hecho fortuito que es pasajero, todo esto debido a las herramientas o defensas psicológicas adecuadas que el individuo posee para luchar contra estos estresores. El comienzo del estudio de la resiliencia empezó de esta forma:

“...Werner descubrió el concepto de resiliencia durante un estudio epidemiológico realizado en la isla Hawái, donde siguió por años el desarrollo de 500 personas en condiciones de extrema pobreza, a pesar de las condiciones de alto riesgo algunos de estos niños lograron crecer y ser unas personas buenas para la sociedad y con una adecuada calidad de vida...” Werner (citado por Oblitas, 2010, p.228)

La propuesta de Werner es muy alentadora ya que considera al ser humano más que a un simple producto de su contexto y se aleja de las teorías deterministas en las que el ser humano tiene poca o ninguna voluntad y capacidad para adaptarse al cambio. La resiliencia conlleva implícitamente la idea de que el ser humano es capaz de tomar decisiones aún en los momentos más difíciles para cambiar el rumbo de su vida y llevarla a un horizonte próspero.

Uno de los aspectos fundamentales de la resiliencia es la esperanza, obviamente una persona que tiene buenas expectativas con respecto a su futuro es más difícil de doblegar ante las vicisitudes de la vida. Así pues Lewis Mumford (Citado por Forés y Grané, 2012) comenta: “podemos vivir tres semanas sin comida, tres días sin agua y sé que, incluso se puede vivir tres minutos sin aire, pero no podemos vivir sin esperanza” (p.8). La esperanza y el dar un sentido a nuestra existencia nos ayuda a soportar situaciones que parecen invivibles. Frederick Nietzsche (citado por Frankl, 2004) comenta lo siguiente: El que tiene un porque para vivir puede soporte cualquier como. Así, la logoterapia se basa en el supuesto de que “la voluntad de sentido” contribuye a sobrellevar las calamidades de la vida y a dar una dirección a la misma (Frankl, 2004).

Por otro lado Llobet (2005) ofrece una lista de dimensiones para indagar y promover la resiliencia en niños y adolescentes, estas son:

- a. La Autoestima, supone las apreciaciones que el niño hace de sí mismo, derivadas de sus experiencias personales y de los vínculos afectivos.
- b. Los vínculos afectivos, son las cuidadoras y cuidadores en primer lugar quienes permitirán a los niños y adolescentes desarrollar la capacidad de experimentar confianza.
- c. La creatividad y el humor, son desarrollados en y a partir del juego, suponen tolerancia a la ambigüedad, a la desorganización y permiten la flexibilidad de soluciones para los problemas.
- d. La red social e ideología, es el enriquecimiento de la vida cotidiana con la creación o suscripción de valores para los eventos. Los símbolos o valores no necesariamente son religiosos, aunque algunos autores plantean la religiosidad como la ideología personal más importante.



Figura 2: Resiliencia

Fuente: <http://www.investigacionyciencia.es/blogs/>

Las dimensiones que Llobet (2005) proporciona no están directamente relacionadas con aspectos económicos ni a bienes materiales, lo que da a entender porque en situaciones de pobreza existen personas que progresan y poseen una buena salud mental a pesar de las circunstancias adversas que han vivido. La autoestima es uno de los factores que permiten interactuar adecuadamente al individuo con la sociedad y es el reflejo de unas buenas relaciones sociales, ya que el individuo a través de ellas se percibe como un ser valioso. El humor y las actividades lúdicas permiten a las personas relajarse, al distraerlos y al dejar de lado sus conflictos, también proporciona una sensación de bienestar el reírnos y estar

alegres. Por último, la ideología del individuo le hace actuar de manera que este sea consecuente y comprometido con sus creencias.

1.2.7. Ansiedad y Depresión.

1.2.7.1. Ansiedad.

La ansiedad es una respuesta anticipada a algún evento, que aún sin ocurrir causa ciertos síntomas que preparan al individuo a la respuesta “pelear-huir” (Sue, Sue & Sue, 2010). Así Bulbena et al., 2008 comenta al respecto lo siguiente:

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (p.31)

“El inicio de la ansiedad frecuentemente se asocia con la presencia de algún evento adverso para el paciente” (Virgen, 2005, p.3). Estos eventos adversos o traumáticos se pueden activar en la memoria del individuo o presentarse de alguna forma avocando en una respuesta emocional exagerada por parte del individuo. Es preciso mencionar que la ansiedad no siempre es mala, de hecho un poco de ella sirve en la vida cotidiana para estar alertas de los peligros reales. Así, “en animales, específicamente en ratas y en ratones, reacciones como la hipervigilancia, la evitación y el escape, se consideran respuestas adaptativas normales, pero podrían convertirse en perjudiciales si se exacerban” (Mora-Gallegos & Salas, 2014, p.2).

Cuando los síntomas de la ansiedad llegan a ser muy perturbadores pueden causar un “ataque de pánico”, sus síntomas concomitantes son un corazón palpitante, temblores, dificultad al respirar y miedo de perder el control o morir (Sue, Sue & Sue, 2010). Un ataque de pánico es la expresión más intensa de la ansiedad, el paroxismo al que puede llegar, en tales casos es aconsejable frecuentar de inmediato a un profesional de la salud mental. Según Sue, Sue & Sue (2010, p.118) la crisis de angustia no necesariamente debe presentarse en individuos con un trastorno de ansiedad, lo que quiere decir que puede ser normal que una persona en algún momento crítico de su vida la padezca.

Es bastante común que sufriendo un trastorno de ansiedad también se sufra depresión posteriormente. “Muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior” (Bulbena et al., 2008, p.22). De manera que es frecuente la

comorbilidad de los trastornos de la ansiedad con otros trastornos mentales como los trastornos del ánimo (Bulbena et al., 2008).

El enfoque biológico revela que una de las partes del cerebro que está íntimamente relacionada con la ansiedad y otras respuestas emocionales es la amígdala. La amígdala es una parte importante del cerebro ya que almacena información cargada emocionalmente, al haber un suceso atemorizante la amígdala envía una señal peligro a la corteza prefrontal, ésta analiza la información y dependiendo si la encuentra verosímil, inhibe o desinhibe las reacciones “pelea-huida” en el organismo. Goleman (2001) hace un ejemplo al respecto:

En el caso de que suene una alarma de miedo, la amígdala envía mensajes urgentes a cada uno de los centros fundamentales del cerebro, disparando la secreción de las hormonas corporales que predisponen a la lucha o a la huida, activando los centros del movimiento y estimulando el sistema cardiovascular, los músculos y vísceras. (p.40)

Otros factores biológicos que pueden desencadenar ansiedad son: las anomalías en la función respiratoria, alteraciones en el locus coeruleus, disfunciones serotoninérgica o adenosinérgicas (la noradrenalina, la serotonina y la adenosina son receptores neuronales que modulan normalmente las respuestas emocionales) y también se puede deber a una alteración funcional global en el sistema nervioso autónomo (Virgen, 2005). La perspectiva genética revela que se han hallado genes que intervienen en la ansiedad, sin embargo estos genes que predispone a los individuos a padecer de ansiedad no se activan si el ambiente en la infancia es el adecuado. “Los especialistas aseguran que darle al niño un ambiente en el que se desarrolle el sentimiento de autocontrol y el afecto, puede suprimir los efectos de los genes que intervienen en la ansiedad” (Sue, Sue & Sue, 2010, p.122).

1.2.7.2. Depresión.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que ha reportado ser más común en los adolescentes que en otras poblaciones de otras edades. Chinchilla (2008) señala que la edad de inicio presenta un pico entre los 15 y 24 años. De manera que los adolescentes son una población con mayor riesgo de contraer depresión. Aunque es la población con mayor riesgo de padecer de depresión no tienen la suficiente ayuda para acceder a una terapia. SAMHSA (citado por Papalia, Wendkos y Duskin, 2009) afirma que menos de la mitad (40%) de adolescentes que experimentaron depresión mayor recibieron tratamiento. Hecho que corrobora la falta de atención prestada al tema.

La depresión está asociada a la ansiedad y de hecho existe una comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (Bulbena et al., 2008). Se ven niveles similares de cortisol tanto en personas con ansiedad como en personas con

depresión, aún no se sabe la razón exacta pero se aboga por una explicación genética. Los síntomas principales de la depresión son: la tristeza, sentimientos de indefensión/minusvalía, falta de placer al realizar actividades comúnmente placenteras (anhedonia). A nivel cognitivo existen pensamientos pesimistas e irracionales. También se encuentra retardo psicomotor, que es la realización con extrema lentitud y desgano de las actividades. En cuanto a los síntomas fisiológicos los más comunes son el insomnio o hipersomnia, estreñimiento, pérdida o exceso de apetito y disminución de la actividad sexual. Los síntomas anteriores son unos de los más importantes, sin embargo no necesariamente tienen que presentarse todos para que exista depresión, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (American Psychiatric Association [APA], 2010) tiene que cumplirse por lo menos cinco criterios similares a los que se ha enunciado, y padecerlos dentro de un período de por lo menos dos semanas.

Desde los enfoques cognitivos de aprendizaje Selligman (Citado por Sue, Sue & Sue, 2010, p.316) comenta que la *indefensión aprendida* es una creencia que puede producir depresión ya que la misma es la percepción personal de que uno está indefenso e incapaz de asumir las consecuencias de la propia vida. Debido a los pensamientos que causan la indefensión aprendida, la persona sentirá que está a la deriva en un mundo sin solución a sus problemas, este tipo de pensamientos irracionales y sin fundamentación son propios de la depresión.

1.2.8. Satisfacción Vital.

Seligman (citado por Proctor, Linley & Maltby, 2009) comenta que desde los tiempos de Aristóteles, la búsqueda de la felicidad y el logro de una “buena vida” ha sido la mayor preocupación para filósofos y teólogos, y a esta meta se le ha unido la psicología. Hoy en día la satisfacción vital no solo es concerniente a las anteriormente mencionadas ciencias sociales sino que también está íntimamente ligada a políticas estatales que fomentan la calidad de vida de las personas. Así, Ruut Veenhoven (2014), sociólogo holandés, que ha realizado grandes aportes al respecto, se ha encargado de investigar la satisfacción vital en algunos países, de manera que ha llegado a la conclusión de que el desarrollo de un país y su calidad de vida tiene un impacto en la satisfacción vital y felicidad de sus habitantes. Según Veenhoven (citado por Puerta & Rendón, 2015) los “Estados de Bienestar” son naciones que garantizan a sus ciudadanos un mínimo nivel de vida, la igualdad social es parte de ese tipo de naciones, en las que se ha producido un cambio en la manera que se redistribuye la riqueza, el poder y el conocimiento a toda la población. Otros investigadores como Kapteyn, Smith & Van Soest (2009) afirman por su parte que la satisfacción vital está

muy bien descrita por cuatro dominios: trabajo o actividades diarias, contactos sociales o familia, la salud y por último el salario.

La satisfacción vital es una clase de pensamiento que contiene los logros que ha alcanzado la persona, como también sus fracasos, en base a esto la persona forma una percepción positiva o negativa de lo que ha logrado en su vida, en tanto la persona perciba que ha realizado ciertas actividades que le han dado satisfacción y sentimiento de autoeficacia, la persona tendrá una alta satisfacción vital. “Estudios pasados sobre jóvenes universitarios han mostrado que el percibimiento de alcanzar un logro, la importancia de un logro, y la culminación de uno de estos está positivamente relacionado con la satisfacción vital” (Proctor, et al., 2009, p.590). También una alta autoestima está relacionada con la satisfacción vital. Diener (citado por Proctor et al., 2009) comprobó que existe una fuerte correlación positiva entre la autoestima alta y la satisfacción vital mediante una investigación realizada en una población de 13,118 estudiantes universitarios.

Usualmente los estudios acerca de la “felicidad” usan los que es el bienestar subjetivo en sus investigaciones, el bienestar subjetivo es denominado “subjective well-being”, (SWB) por sus siglas en inglés. El bienestar subjetivo es dividido en tres partes que incluyen: respuestas emocionales (optimismo, pesimismo), dominios de satisfacciones (satisfacción en el trabajo, satisfacción en las relaciones) y por último una valoración global (Proctor et al., 2009). Debido a que la “valoración subjetiva” acerca de la satisfacción vital es difícil de medir, es un valioso aporte a la investigación contar con un registro verbal (escrito o hablado) de lo que opinan las personas acerca de su satisfacción vital. Castellón, Gómez & Martos (citado por Ramírez & Lee, 2012) explican:

La satisfacción vital conlleva una valoración subjetiva y la manifestación verbal de esa valoración (...) Un aspecto básico en el plano de la investigación de la satisfacción vital, acerca de la posibilidad de medición, es preguntarlo directamente a la persona a evaluar.

Otro aspecto de la satisfacción vital es que no existe gran variabilidad con respecto a la percepción de la satisfacción vital a lo largo de la vida en estudios longitudinales, tampoco hay mayor diferencia entre ambos sexos (femenino y masculino) de acuerdo a la percepción que cada uno tiene acerca de la satisfacción vital. Meléndez, Navarro, Oliver & Tomás (2009) comentan:

Ni la edad ni el género tienen una influencia determinante sobre la satisfacción vital. Con respecto a la edad se observa que puede haber una ligera disminución lineal según aumenta la edad, esta relación es baja, reafirmando la idea de que la satisfacción vital, como medida, parece ser bastante estable con la edad.

TEMA 2: CONSUMO DE DROGAS

1.2.1. Consumo Problemático de Drogas.

El consumo de drogas es un problema en la sociedad por diversos motivos, generan absentismo en el trabajo, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos y delincuencia. “Los trastornos relacionados con sustancias son afecciones que surgen del uso de sustancias psicoactivas que afectan el sistema nervioso central y causan problemas sociales, laborales, psicológicos y físicos significativos” (Sue, et al., 2010, p.233).

Ante la realidad del consumo problemático de drogas se vislumbra una parte considerable de los problemas de la sociedad, que se evidencia en los hogares disfuncionales, en gastos médicos y en el incremento de la delincuencia.

La lista de desventajas al consumir drogas es grande, sin embargo muchos adolescentes las consumen por diversas razones tales como: problemas familiares, porque sus pares lo hacen (sensación de pertenecer a un grupo), por tener mucho tiempo libre para el ocio, como un medio para relajarse o simplemente para experimentar nuevas sensaciones.

El consumo problemático de drogas produce daños a nivel físico y mental, el individuo que frecuentemente usa drogas sufre un deterioro en su vida, que en casos graves produce enfermedades incurables como el cáncer. El National Institute on Drug Abuse (2008) afirma:

Los drogadictos con frecuencia tienen uno o dos problemas médicos asociados con la adicción, incluyendo enfermedades pulmonares y cardiovasculares, apoplejía o ataques cerebrovasculares, diferentes tipos de cáncer y trastornos mentales (...) algunas drogas de abuso, como los inhalantes, son tóxicas a las células nerviosas y pueden dañar o destruir muchas de las neuronas cerebrales o del sistema nervioso periférico.

Los riesgos del consumo problemático de drogas no solo son con respecto a la salud del individuo también lo son con respecto a la forma de adquirir las drogas, muchos de ellos tienen que recurrir a medios ilícitos (por ejemplo robo o prostitución) para conseguir el dinero para comprar drogas. Reza (2011) por ejemplo ha encontrado que el robo, la prostitución y la baja autoestima están íntimamente relacionados entre sí.

La evolución en el transcurso del tiempo para convertirse en drogo-dependiente viene dada por un aumento en el consumo de sustancias menos nocivas y adictivas hacia otras que son más adictivas y dañinas para el organismo. Se sabe que: “Por lo general, no se consumen drogas ilegales sin haber pasado antes por haber consumido las conocidas como drogas de entrada -alcohol, tabaco y cannabis-, sobre todo en edades tempranas” (Oblitas, 2010, p.377). Las drogas legales incitan a los adolescentes a interesarse por el consumo de drogas ilegales, provocando así un mayor consumo problemático de drogas.

1.2.2. Consumo Problemático del Alcohol.

El consumo problemático del alcohol tiene muchas desventajas, puesto que causa malestares psicológicos, físicos y sociales que perjudican al individuo. El alcohol es un depresor del sistema nervioso, debido a esto puede fallar tanto la coordinación muscular y motora como el uso apropiado del lenguaje. Sue, et al. (2010) comenta lo siguiente: “El consumo de alcohol y el alcoholismo están asociados con serios costos en el cuidado de la salud; una productividad reducida en el trabajo; esperanza de vida más corta; y altas tasas de suicidios, accidentes automovilísticos, maltrato en el matrimonio y divorcio” (p. 236). A esto se suma que provoca un rendimiento académico inferior, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, estos dos últimos debido a que las personas que frecuentemente ingieren alcohol son proclives a tener más relaciones sexuales indeseadas que el resto de la población que no consume alcohol” (Kail y Cavanaugh, 2006). Existen consecuencias del abuso del alcohol que son momentáneas (falta de coordinación motora, efectos excitantes- depresivos, lenguaje incoherente) y otras que son permanentes e incurables (daños a órganos como el hígado y el cerebro), lo que hace del alcoholismo un verdadero problema en materia de salud pública.

Hay personas que indirectamente se ven perjudicadas aunque estas no consuman alcohol ya que la persona en estado de embriaguez a menudo puede agredir a otros individuos a su alrededor. El consumo de alcohol está relacionado con la violencia, la persona al consumir alcohol no mide correctamente los riesgos y también es lábil emocionalmente lo que facilita que cometa actos violentos. La Organización Mundial de la Salud (2006) afirma:

El consumo nocivo y el consumo peligroso de alcohol son factores de riesgo tanto de ser víctimas como de ser perpetradores de actos de violencia juvenil. La violencia juvenil adopta muchas formas, como intimidación, violencia de bandas, agresiones sexuales y agresiones.

Existe la posibilidad de intoxicarse con alcohol y consecuentemente morir, los científicos aseguran que 0.1 por ciento de alcohol en la sangre puede producir una coordinación muscular baja y un 0.5 por ciento de alcohol en el torrente sanguíneo es suficiente para dejar inconsciente a una persona y provocarle la muerte (Sue, et. al., 2010).

Es común que una vez que se haya empezado a ingerir alcohol la persona con un “control inhibitorio débil” persista en esta actividad. Se recomienda ser escrupuloso en cuanto a la decisión de consumir alcohol si se posee un control inhibitorio débil ya que para este tipo de persona es más difícil dejar de consumir alcohol después de haber consumido pocas cantidades. Pearson & Henson (citados por Lerma-Carrera, 2015) explican:

Los adolescentes con una mayor impulsividad y falta de control inhibitorio, muestran mayores problemas relacionados con el alcohol. Estos autores destacan la importancia de considerar el

control inhibitorio y la impulsividad para evaluar los problemas asociados con el consumo de alcohol. (p.61)

El alcohol es un depresor del sistema nervioso y altera el metabolismo cerebral, con el paso del tiempo el encéfalo necesita de alcohol para sustituir a los neurotransmisores que el organismo fabricaba de forma natural, ahora por causa del alcohol algunos han disminuido y otros han aumentado de forma anormal, por tal motivo el organismo adquiere la necesidad de consumir alcohol para suplir funciones que antes los neurotransmisores realizaban normalmente y ahora necesitan la ayuda del alcohol para completarlas a cabalidad (véase figura 4). El abuso del consumo de alcohol causa en el cerebro daños a células cerebrales y produce un deterioro de las conexiones sinápticas entre las neuronas.

Dentro de los factores sociales es sabido que los miembros de una familia que tienen personas alcohólicas son más propensos a desarrollar alcoholismo. En cuanto a las diferencias de género, los hombres consumen más alcohol que las mujeres, sin embargo en las últimas décadas el consumo de alcohol en las mujeres es tendiente a igualar al consumo de los hombres.

Además de las secuelas vistas anteriormente el alcohol es responsable de enfermedades del hígado como la cirrosis, donde se desarrolla una cantidad excesiva de tejido fibroso que impide la correcta circulación sanguínea. También produce el síndrome de alcoholismo fetal en el cual nacen bebés con retraso mental y deformidades físicas, debido a que la madre consumió alcohol durante el embarazo (Sue, et al., 2010).

El alcohol es una droga legal que genera grandes pérdidas a la sociedad y al individuo, sin embargo los medios de comunicación y la publicidad lo llegan a glorificar como un medio para la diversión, sin que se muestre el verdadero rostro de esta dependencia que lo único que genera es violencia, destrucción de hogares y gente que se siente atrapada en un vicio. El consumo frecuente de alcohol según los adolescentes en el Ecuador solo es considerado por el 50% de estudiantes como signo de gran riesgo (CONSEP, 2012). Esto es un indicador de la percepción favorable hacia el alcohol que tienen los adolescentes, a pesar de que el alcohol es una droga legal las consecuencias de consumirla son igualmente perjudiciales como en otras drogas (véase tabla 1).

Tabla 1. Percepción de riesgo del consumo de alcohol.

	Ningún Riesgo	Riesgo leve	Riego moderado	Gran Riesgo	No sé qué riesgo corro
Toma bebidas alcohólicas algunas veces	14,68	31,87	25,87	15,01	12,57
Toma bebidas alcohólicas frecuentemente	7,85	10,23	16,49	52,71	13,73
Se emborracha con bebidas alcohólicas	8,05	9,55	14,20	50,22	17,99

Fuente: cuarta encuesta nacional de uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años.
Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas.

1.2.3. Causas del Consumo de Drogas.

La etiología del consumo de drogas es múltiple, existen varios factores biopsicosociales que predisponen a cada sujeto a consumir drogas, por un lado la cultura hace ver el consumo de alcohol como algo natural en fiestas y en ciertos eventos sociales, por otro lado, se sabe que los adolescentes tienen un gran deseo de pertenencia al grupo de pares y por ese motivo se ven influenciados por sus compañeros para consumir drogas. Los adolescentes son especialmente sensibles a la presión social de sus compañeros para que realicen determinadas acciones que en ocasiones ni siquiera ellos desean hacer. Dentro de los factores biológicos se sabe que la adicción, como por ejemplo en el caso del alcohol, es en gran medida hereditable. Y finalmente en los factores psicológicos se observa que el individuo que consume drogas puede sufrir de bajo autoestima, con la creencia de que necesita drogas para desinhibirse y socializar. Entre otras causas, puede ser que se usen drogas para lidiar con el estrés de una vida familiar disfuncional que genera a su vez que el adolescente busque ayuda externa y sea más proclive al consumo de drogas. Según Oblitas (2010) existen los siguientes factores que predisponen a las personas a consumir drogas, estos son:

- Factores macrosociales, estos son la institucionalización de las drogas legales y la presión social a través de la publicidad

- Factores microsociales, entre estos factores podemos encontrar desestructuración familiar, la separación parental, estilos educativos inadecuados, comunicación y clima familiar, modelos familiares, presión del grupo.
- Factores personales, podemos hallar los siguientes: déficit de la información, actitud favorable hacia las drogas, finalmente déficits y problemas del adolescente.

Los factores macrosociales están relacionados a la institucionalización de las drogas y a la publicidad que las promueve, los medios de comunicación las promocionan, de ahí que el uso de drogas legales es mostrado como de uso corriente entre personas famosas y exitosas, en películas, cortos comerciales y hasta en eventos deportivos.

Los factores microsociales hacen referencia a que la familia es el soporte de los valores en los adolescentes, ésta en algún momento puede sufrir una crisis y consecuentemente desequilibra a las personas que pertenecen a un núcleo familiar, puede haber de por medio divorcios, violencia intrafamiliar, desconfianza entre sus miembros y una actitud pesimista ante los padres. Dentro de estos factores también está la presión social, que como ya mencionamos es muy importante para los adolescentes ya que son vulnerables a las demandas de sus compañeros.

Los factores personales tienen que ver con la percepción subjetiva que tienen los individuos sobre las drogas, percepciones que generalmente en los casos de personas que usan drogas son tergiversadas y ficticias, por ejemplo un número considerable de adolescentes consideran que el alcohol no es una droga (Oblitas, 2010). También se llega a asociar a las drogas con experiencias inusuales y excitantes.

En los factores personales el autoconcepto de un individuo puede afectar su predisposición hacia el consumo de drogas, de manera que Oblitas (2010) habla de un déficit en competencia social y un autoconcepto negativo. Ha habido estudios en los que se ha descubierto una correlación negativa entre autoestima alta y menor consumo de drogas. Feltis (citado por Reza, 2011) comenta:

Hay una fuerte correlación negativa entre la tendencia al uso de drogas y una autoestima alta en adolescentes y niños. Aquellos quienes su autoestima no se desarrollaron bien, son más propensos al consumo de drogas.

La autoestima alta como variable de protección en las poblaciones propensas al consumo de drogas muestra como los adolescentes requieren que personas de su entorno familiar y escolar les den confianza en sí mismos para rechazar el consumo de drogas. Los individuos que no tienen un autoestima alto quieren aparentar un autoconcepto positivo y parecer personas seguras frente a sus compañeros por medio del consumo de drogas, a causa de

que consideran de que por sí mismos (sin consumir drogas) no son lo suficientemente hábiles para socializar y tener admiración por parte de sus compañeros.

El cerebro del adolescente está aún en formación, en otras palabras es una “obra sin concluir”, las conexiones sinápticas aún se están formando para lo que será después un cerebro maduro con conexiones sinápticas estables. El National Institute on Drug Abuse (2008), afirma que “Una de las áreas del cerebro que continúa madurando a través de la adolescencia es la corteza prefrontal, la parte del cerebro que permite evaluar las situaciones, tomar decisiones juiciosas y mantener las emociones y deseos bajo control” (p.10). El cerebro adolescente que todavía se encuentra en desarrollo es vulnerable en aspectos como tomar decisiones, el cerebro de ellos está desarrollando la capacidad de inhibir los impulsos sean estos emocionales o biológicos-sociales a los que se ve sometido, por este motivo el adolescente requiere aprender a frenar estos impulsos que a su vez están relacionados con el consumo de drogas. El National Institute on Drug Abuse (2008) afirma:

El hecho de que esta parte crítica del cerebro (corteza prefrontal) aún es una obra sin completar aumenta el riesgo de tomar malas decisiones (como probar drogas o continuar abusándolas). Es por eso que si se introducen drogas al cerebro cuando éste aún está desarrollándose, puede haber consecuencias profundas y de larga duración. (p.10)

El hecho de que el cerebro adolescente este en formación significa que es más sensible al consumo de drogas, las modificaciones neurológicas que se realizan en el cerebro del adolescente difícilmente cambiarán en la edad adulta, por este motivo se ha encontrado en investigaciones que mientras más temprana es la edad de consumo de drogas es más fácil saber si una persona va a ser dependiente en la edad adulta a éstas.

1.2.4. Consecuencias del consumo de drogas.

Las consecuencias pueden variar dependiendo de la droga que se consuma, de acuerdo con Sue, et al. (2010) las drogas se clasifican en:

1. Antidepresivos (sedantes)

- depresor del sistema nervioso central
- inductor del sueño
- alivio de ansiedad

2. Estimulantes

- energizante del sistema nervioso central
- euforia y alerta

3. Alucinógenos

- alucinaciones
- alerta aumentada
- mayor comprensión

Dependerán los efectos físicos y psíquicos que experimente el drogodependiente, del tipo de droga y de su potencia para que se instaure una adicción en el organismo del individuo. Por ejemplo la cocaína tiene un potencial para crear dependencia mayor que el alcohol y la marihuana. Cada droga tiene sus especificidades, sin embargo se encuentran generalidades con respecto al estilo de vida que llevan los drogodependientes, por ejemplo Sue, et al. (2010) dice que:

Las metas de las personas que usan drogas se ven modificadas, tienen constante preocupación por encontrar las fuentes de drogas, se reducen las actividades previas al consumo de drogas y también se asocia un estilo de vida con drogas a posibles actividades criminales. (p.253)

Una de las consecuencias del consumo de drogas es que la persona adicta deja a un lado sus metas, sueños y relaciones interpersonales, en lugar de eso se reduce su existencia al planeamiento de la obtención de drogas y su consumo. Debido a esto es común que la persona que tiene una adicción se descuide de sus obligaciones en el trabajo, los estudios y la familia e incluso ya no realice actividades recreativas que antes le producían placer.

El consumo problemático de drogas está ligado a más de a enfermedades físicas a otros trastornos de índole psicológica, en otras palabras existe una comorbilidad entre el consumo de drogas y padecer un trastorno psicológico. Windell (citado por Sue, et. al., (2010) comenta al respecto lo siguiente: El 50% de las personas con trastornos graves desarrollan problemas de abuso de alcohol u otras en algún momento de su vida. De manera que hay una correlación positiva en la drogadicción con el padecimiento de un trastorno psicológico, por ejemplo: la depresión está relacionada con fumar cigarrillos.

Según Oblitas (2010) droga es una sustancia que introducida en el organismo, modifica una o más de sus funciones (véase figura 4). Una de estas modificaciones es la “tolerancia” que es la necesidad del organismo de recibir más de la misma sustancia dado que la dosis normal ya no tiene la misma potencia o eficacia que antes para producir los efectos deseados. La abstinencia es otro síntoma debido a la modificación de las funciones hormonales en el cuerpo humano. El organismo paulatinamente al consumir drogas las asocia como algo inherente a su funcionamiento, consecuentemente los individuos sienten una sensación de desesperación y angustia al no conseguir drogas. Al iniciar el consumo la

persona no requiere una dosis alta, pero conforme siga consumiendo su organismo va adquiriendo mayor “tolerancia” y necesitará cada vez más de la misma sustancia para conseguir los mismos efectos iniciales. El National Institute on Drugs (2008) afirma que:

El individuo ahora necesita consumir drogas solamente para lograr que la función de la dopamina regrese a lo normal. Es más, necesita tomar cantidades más grandes de la droga de lo que antes consumía para crear la euforia de la dopamina, efecto que se conoce como tolerancia.

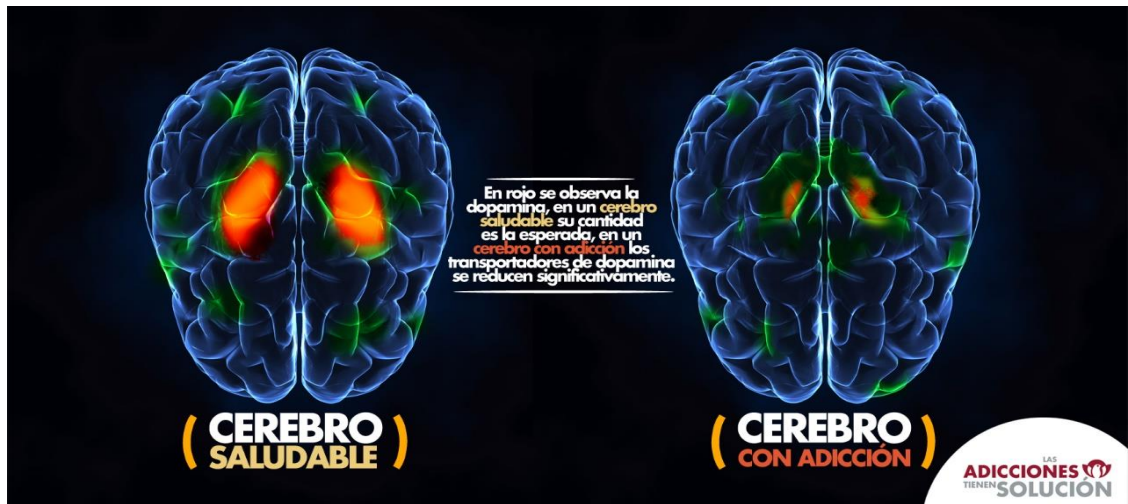


Figura 4: Cerebro Saludable

Fuente: <http://lasadiccionestienenensolucion.com/adicciones-2/que-le-pasa-al-cerebro-cuando-consume-drogas/>

Las drogas no sólo perjudican a la persona que las consume sino que también causan daños a personas que no las consumen, el consumo problemático de drogas produce daños a terceros, según el National Institute on Drugs (2008) existen tres consecuencias graves para otras persona: (a) la exposición prenatal a las drogas en los bebés y en los niños, los niños a los que se les ha expuesto prenatalmente a drogas tienen anomalías tanto físicas como mentales; (b) los efectos del humo ambiental, individuos que han sido expuestos involuntariamente al humo del cigarrillo tienen alrededor de un 30% de probabilidades de desarrollar cáncer a los pulmones o enfermedades cardiovasculares; (c) una mayor propagación de enfermedades infecciosas, el uso de drogas intravenosas facilita el contagio del VIH y la Hepatitis B y C, el consumo de drogas provoca conductas sexuales de riesgo por lo que no necesariamente las drogas intravenosas son las únicas responsables del contagio de enfermedades como el VIH y la hepatitis B y C.

TEMA 3: ADOLESCENTES

1.3.1. Desarrollo Biológico.

La adolescencia es una de las etapas donde más se evidencian los cambios biológicos en cuanto al aspecto físico, el aumento de ciertas hormonas, el crecimiento de los genitales, crecimiento de vello púbico, vello facial (en hombres), modulación del tono de voz, mayor estatura, crecimiento de masa muscular (especialmente en el hombre), hombros más anchos en el hombre y una cadera más ancha en la mujer.

Con respecto al desarrollo sexual en el género femenino, la menarquía es un evento significativo en el cual la mujer menstrua por primera vez, se ha investigado sobre esto y se ha llegado a concluir que:

Las adolescentes que tienen una mejor salud y están bien alimentadas tienen la menarquía a una edad más temprana que las adolescentes que no están en las mismas condiciones de salud y alimentación, por eso se ha llegado a comprobar que en los países desarrollados la edad de inició es desde los trece años mientras que en los países que existe mayor pobreza la menarquía empieza en una edad superior a esta. (Kail y Cavanaugh, 2006)

Se presume que la edad base para que una adolescente tenga la menarquía es de trece años ya que las adolescentes que han tenido la menarquía a esta edad han tenido la mejor salud y alimentación posible. Kail y Cavanaugh (2006) comentan que a principios del siglo IX la edad de la menarquía en Europa estaba alrededor de los diecisiete años en contraste de los trece años de edad que son actualmente. “El ambiente en que se desarrollan también influye en el desarrollo temprano de la pubertad, se ha observado que un ambiente estresante (conflictos familiares u otros) pueden provocar una pubertad prematura en ellas” Belsiki et al. (citado por Kail y Cavanaugh, 2006).

En el hombre en cambio sucede la espermarquia alrededor de los trece años. Con respecto a la espermarquia Stassen (2007) comenta que en el varón, las primeras erecciones pueden ocurrir durante la infancia. La espermarquia puede ocurrir durante el sueño (“poluciones nocturnas”) o por estimulación directa. La primera eyaculación ya tiene espermatozoides aunque no en una cantidad que sea suficiente para fecundar un óvulo, tras algunos meses a partir de la espermarquia las siguientes eyaculaciones tendrán la posibilidad de fecundar a un óvulo (Kail y Cavanaugh, 2006). La espermarquia no causa una gran impresión en el adolescente y él no llega a socializar el hecho con sus amigos ni padres, esto contrasta con la mujer ya que ellas tienen más predisposición a contar sobre la menarquía a sus padres o compañeras.

Las variables genéticas juegan un papel importante en el desarrollo biológico del adolescente. Se ha constatado que la edad de menarquía de la madre se correlaciona con la edad de menarquía de la hija. También se ha observado diferencias étnicas en el comienzo de la adolescencia, su inicio difiere levemente dependiendo de su origen ya sea esta europea, africana, asiática o hispana (Stassen, 2007). Como se puede observar la genética tiene un papel importante en la edad de inicio de la adolescencia, pero claramente el ambiente (la alimentación y la salud) interactúa con ésta impidiendo o estimulando el desarrollo en la adolescencia.

Para hacer un mejor análisis de cómo se desarrollan físicamente los adolescentes, vamos a dividir sus características principales de acuerdo a su género (masculino-femenino).

1.3.1.1. Principales cambios físicos de un adolescente varón:

- Crecimiento de bello facial y púbico
- Ensanchamiento de las espaldas
- Tono de voz más grave
- Primera eyaculación
- Estirón
- Desarrollo de los testículos y escroto
- Mayor secreción de testosterona en la sangre

1.3.1.2. Principales cambios físicos de una adolescente mujer:

- Estirón
- Crecimiento de vello púbico
- Menarquía
- Aparición de senos
- ensanchamiento de la cadera
- Mayor secreción de estrógenos y progestágenos en el torrente sanguíneo.

La maduración sexual es uno de los aspectos biológicos que más se evidencian en la adolescencia, Según Papalia, Wendkos & Duskin (2009) se pueden distinguir dos tipos de características sexuales relevantes, las primarias y las secundarias. Las características sexuales primarias están relacionadas con los órganos que tienen que ver principalmente con la reproducción, como el aparato genital masculino (testículos, epidídimo, pene) y el

aparato genital femenino (vagina, ovarios, endometrio, trompas de falopio). Las características sexuales secundarias son aquellas que no están necesariamente ligadas a la reproducción, como la barba y la espalda ancha en el hombre. En la mujer los senos y la cadera ancha son parte de las características sexuales secundarias.

1.3.1.3. Desarrollo del cerebro en el adolescente.

En esta etapa del ciclo vital el cerebro da sus últimos “retoques” para dejar los tipos de procesamiento de información que sean más eficaces y que se usen con mayor frecuencia, para esto el cerebro realiza una poda neuronal.

Al igual que la “poda neuronal” que ocurre durante el primer año de vida en la adolescencia ocurre una nueva poda de dendritas en la corteza prefrontal, esta vez con mayor precisión (...) consecuentemente por la poda neuronal en la adolescencia después de los 20 años, casi todo nuevo aprendizaje se vuelve más difícil. (Stassen, 2007, p.448).

El cerebro mantiene una plasticidad y flexibilidad hasta el final de la adolescencia, que se tiene que terminar para que el cerebro funcione más eficientemente. Fields (citado por Dobbs, 2011) explica que: “el período en el cual se establece la mielina en un área cerebral es crucial para el aprendizaje; el cableado se está mejorando, pero cuando el trabajo termine, será difícil hacer cambios” (p.25). El neocórtex es la última parte del cerebro que termina por ser modificada en el desarrollo humano, esto se debe a que el cerebro realiza un proceso de mielinización que empieza en la infancia y culmina en la adolescencia (Dobbs, 2011). Con la mielinización del neocórtex, que es la cuna del pensamiento abstracto y razonamiento, el cerebro culmina su desarrollo. Al finalizar la adolescencia las conexiones sinápticas son más eficientes pero con dificultades para adquirir nuevos conocimientos. El cerebro que ya está desarrollado al acabar la adolescencia permite al individuo reaccionar de forma eficaz ante los estímulos del medio y a la información que recepta de este.

1.3.1.4. Cambios hormonales.

Las hormonas son las responsables de producir los cambios en los cuerpos de los adolescentes, estas funcionan como mensajeros químicos que activan ciertas características en el tejido al que van dirigidas. “Diversas hormonas tienen influencia en los pensamientos, los impulsos, las emociones y el comportamiento” (Stassen, 2007, p.443). Las hormonas además de causar cambios anatómicos en lo que respecta a las características sexuales también producen modificaciones en el comportamiento del adolescente tanto individual como socialmente. Grandes cambios hormonales toman lugar

durante la adolescencia. Las hormonas sexuales no solamente dan forma al crecimiento relacionado con la sexualidad y conducta, también sobre todo en la conducta social (National Institute of Mental Health, 2011).

La respuesta al estrés también cambia en la adolescencia y está relacionada con el sistema endocrino, por ejemplo las hormonas que se activan cuando existe estrés pueden modificar el cerebro.

El sistema hormonal involucrado en la respuesta al estrés del cerebro también cambia durante la adolescencia. Al igual que las hormonas sexuales, las hormonas que actúan en el estrés pueden tener complejos efectos sobre el cerebro, y como resultado de esto en la conducta. (National Institute of Mental Health, 2011)

Una de las principales glándulas que dirigen el proceso de crecimiento en la adolescencia es la glándula hipófisis la cual es inicialmente activada por el hipotálamo (Feinstein & Jensen, 2013). La glándula hipófisis o también llamada pituitaria se encarga de regular el crecimiento del adolescente y de controlar otras glándulas como las suprarrenales y las gónadas. La hipófisis envía señales a las glándulas suprarrenales y a las gónadas para que a su vez estas produzcan otras hormonas. En las suprarrenales se produce adrenalina y noradrenalina. En las gónadas se produce testosterona (en los testículos) y estrógenos-progestágenos (en los ovarios), sin embargo los testículos también producen una pequeña cantidad de estrógeno y los ovarios una minúscula cantidad de testosterona. Aunque está asociada la testosterona como hormona masculina y los estrógenos-progestágenos como hormonas femeninas en ambos sexos se encuentran los dos tipos de hormonas pero en diferentes cantidades.

La mayor parte del tiempo las personas creen que el estado de ánimo cambiante de los adolescentes se debe a sus hormonas, en contraste Kail & Cavanaugh (2006) dicen que esto es porque ellos alternan actividades y situaciones sociales varias veces al día. Sin embargo no se puede negar la influencia de las hormonas en la conducta de los adolescentes, por ejemplo Savin, et al. (citado por Stassen, 2007) comenta al respecto los siguientes puntos:

- La testosterona procede a la rápida activación de las emociones, sobre todo el enojo.
- Los cambios hormonales se relacionan con los cambios rápidos en los extremos emocionales.
- En muchos varones, las hormonas llevan a pensamientos sobre sexo y masturbación.
- En las niñas, las hormonas aumentan el bienestar a mediados del ciclo menstrual y la tristeza o el enojo (en un patrón denominado síndrome premenstrual) al final del ciclo.

1.3.2. Desarrollo Social.

1.3.2.1. La Familia.

En el pasado se tenía la concepción clásica de la familia con la madre, el padre e hijos, que es lo que se conoce como familia nuclear, sin embargo en la actualidad una familia puede ser concebida de diferentes formas. Así se han definido cuatro tipos de familia, que son: a) la familia nuclear que está formada por padres e hijos; b) La familia extensa, que además de la familia nuclear incluye otros parientes consanguíneos; c) La familia monoparental, hijo o hijos que viven con uno de los padres; y c) otros tipos de familia, donde el sentido de la palabra familia no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros (Enciclopedia Británica en Español, 2009).

La familia es uno de los contextos más importantes en los que se desarrolla el adolescente, a partir de ahí crea sus valores e identidad que le ayudarán a insertarse correctamente en la sociedad. Claes et al. (citado por Moreira, Sánchez & Mirón, 2010) afirma que “la literatura previa tiende a indicar que el tipo de relación que el joven establece con sus iguales guarda una relación importante con las características de la interacción en el entorno familiar” (p.9). Por lo que es común que adolescentes de familias disfuncionales tengan relaciones interpersonales pobres o desviadas como reflejo de sus relaciones con sus padres en el hogar.

La familia propicia un buen ambiente para el adolescente y también le motiva a enfrentarse a las expectativas de ésta etapa de la vida. Otras funciones básicas de la familia según Rodrigo & Palacios (2009) son:

1. Asegurar *la supervivencia de los hijos*, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.
2. Aportar a sus hijos un *clima de afecto y apoyo* sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible.
3. Aportar a los hijos la *estimulación* que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social.
4. Tomar decisiones con respecto a la *apertura hacia otros contextos educativos* que van a compartir con la familia la tarea de la educación del niño o la niña.

Con un apropiado trato familiar el adolescente se siente en un ambiente en el que es querido y considerado por sus padres, en el cual puede comunicarse y encontrar respuesta a algunas de sus dudas. La familia proporciona un apoyo ante las decisiones de los adolescentes, también debe ser parte activa de la educación y formación de los hijos.

Mir, Batle & Hernández (2009) explican:

Muchas veces, las reticencias a que la familia se implique en el proceso educativo de sus hijos vienen dadas por la escuela misma, más concretamente por los educadores, que a veces ven a los padres como personas ajenas a la educación de los niños, cuando, por el contrario, deberían ser cómplices en este proceso educativo.

Lo que comenta Mir, Batle & Hernández (2009) hace referencia a que los padres en las últimas décadas han dejado a expensas del sistema educativo todo el peso de la instrucción de sus hijos, sin embargo el sistema educativo por más eficiente que sea no va a suplir la capacidad que tiene la familia para educar a sus hijos, sobre todo en lo que respecta a los valores morales y éticos que se aprenden compartiendo con la familia. Se debe recordar que antes de la industrialización los padres educaban a sus hijos por sí mismos, en el seno familiar, García (2009) comenta:

Con respecto a la familia, se realizan transformaciones significativas que provocan el debilitamiento de la capacidad socializadora. La familia deja de cubrir plenamente el papel socializador y la escuela comienza a ser objeto de nuevas demandas para las cuales no está preparada.

1.3.2.2. Grupo de pares.

No hay una unanimidad en cuanto sí el grupo de pares es un factor de protección o de riesgo según los investigadores (Moreira, Sánchez & Mirón, 2010). Los hallazgos al respecto no son concluyentes y se necesita una investigación más exhaustiva para saber que provoca que el grupo de pares sea un factor de protección o de riesgo. A pesar de esto hay quienes apoyan que la elección del grupo de pares es asunto concerniente a los gustos y conductas del sujeto que busca un grupo de pares que se asemeje a él, por ejemplo Stassen (2007) explica:

Para comprender que la presión de grupo a veces es útil y otras no, son útiles dos conceptos: selección y facilitación. Primero, selección: Los pares se eligen unos a otros (...) Luego, facilitación: Los pares se estimulan entre ellos para hacer cosas que ninguno de ellos encararía solo. (p.510)

La opinión del grupo de pares o compañeros en los adolescentes es importante, los adolescentes buscan insertarse en la vida social por lo que es común que les guste estar con sus compañeros, ellos son una fuente de apoyo. Moreira, Sánchez & Mirón (2010) explican que “el tiempo que los jóvenes comparten con sus amigos se incrementa notablemente en la adolescencia, al igual que el número y el tipo de actividades que comparten con ellos” (p.7).

El grupo de pares contribuye al desarrollo de algunas conductas positivas, los adolescentes al interactuar con sus compañeros, discuten con ellos de temas que les ayuda a profundizar su conocimiento y a crear un criterio con respecto a la sexualidad, el uso de drogas, entre otros temas. Eisenberg & Morris (citados por Papalia, Wendkos & Duskin, 2009) dicen al respecto que los pares influyen en el pensamiento del adolescente al hablar entre sí acerca de conflictos morales, el razonamiento moral más alto se asocia con tener más amigos cercanos, pasar tiempo de calidad con ellos y ser percibido como un líder (p.378).

1.3.2.3. Factores Socio-económicos.

En las últimas décadas ha habido cambios en la sociedad y por ende en la familia, entre las principales transformaciones que han modificado a la familia en las últimas décadas se pueden mencionar las siguientes: La progresiva inserción de la mujer en el mundo laboral, la institucionalización de la educación en la mayoría de la población, el divorcio, la legalización del matrimonio y la adopción de niños en parejas homosexuales en algunos países (Enciclopedia Británica en Español, 2009). Todos estos cambios han dado lugar a que las dinámicas familiares y sociales sean diferentes, por ejemplo en la actualidad algunos niños y adolescentes pasan la mayor parte del tiempo en ausencia de sus progenitores, ya que ellos permanecen un considerable tiempo fuera de su hogar por motivos laborales.

En la sociedad ecuatoriana existen familias que han experimentado una “disolución” a causa de la inmigración, algunos adolescentes ecuatorianos tienen a sus padres en el exterior y consecuentemente viven con algún familiar cercano (tíos, abuelos o consanguíneos) con el rol de tutores de ellos. Los datos revelan que para el 2000 a causa de la crisis económica en el Ecuador más de 560.000 personas salieron del Ecuador, el nivel más alto registrado en todos los tiempos de emigración, que abarcó cerca de un 4% de la población (Palacios, 2010). La emigración ha provocado problemas sociales y trastornos en los adolescentes como el uso de drogas, la baja autoestima y la depresión a consecuencia de la soledad percibida por la ausencia de sus padres. Otros factores como la incapacidad de educar y dar afecto por parte de sus tutores a cargo puede producir esta clase de problemas en los adolescentes de padres inmigrantes.

Dentro de los factores socioeconómicos, se ha observado que los adolescentes provenientes de familias de escasos recursos económicos en Chile, son proclives a estar en el ámbito laboral prematuramente, por ejemplo:

En Chile, el 64% de adolescentes que trabaja, pertenece a los quintiles de más bajos ingresos. La presencia de factores negativos de índole social y cultural, generan tensiones al interior de los hogares, determinando que los adolescentes se vinculen a actividades del

ámbito productivo (mercado) o reproductivo -apoyo a labores domésticas-. (Aguilar y Catalán, 2005)

El ejemplo del país de la cita anterior no es diferente de la realidad de otros países latinoamericanos, así se ve que en el Ecuador no solo el trabajo infantil es lo único que realiza cierta cantidad de niños y adolescentes sino que también existe un problema de mendicidad que aqueja principalmente a las urbes. Papalia et. al., (2009) comenta al respecto: los adolescentes provenientes de familias de escasos recursos tienden a buscar trabajo de tiempo completo apenas salen de la preparatoria y es posible que no obtengan grados universitarios. Debido a esto la pobreza se mantiene en esta población de adolescentes, ya que posteriormente serán adultos con menores oportunidades de crecer profesionalmente porque no han logrado alcanzar sus metas académicas.

A pesar de que algunos adolescentes han crecido en situaciones de desventaja social y económica la adolescencia sigue siendo un periodo tan desconcertante como maravilloso, también es considerada en todas las culturas como una etapa de grandes retos, tanto para el adolescente como para los adultos que los rodean (Siegel, 2014).

1.2.3. Desarrollo Psicológico.

1.2.3.1. *Identidad.*

El adolescente está en una búsqueda constante de su identidad y personalidad, en esta etapa se preguntan sobre lo que hipotéticamente les gustaría ser. “Ensayan varias identidades como uno conduciría varios modelos de automóvil antes de decidirse por uno” (Kail y Cavanaugh, 2006, p. 336). Es normal que al adolescente tenga diferentes tipos de actitud, estilos de vestir y hasta amigos que concuerden con la identidad que busca. Esta búsqueda puede que no sea fácil para el individuo ya que tendrá que experimentar, en ocasiones tropezarse y darse cuenta de qué formas de vivir son las convenientes para él o ella. El grupo de pares del adolescente induce a sus miembros a crear una identidad, esta identidad que promociona el grupo de pares en ocasiones puede ser desadaptativa o anormal. Tanto padres como maestros deben dar un asesoramiento al adolescente en su búsqueda de la identidad para que esta sea segura y sin exposición a influencias negativas de su entorno. Frecuentemente la nueva identidad la proveen el grupo de pares, para bien o para mal, por otra parte los roles parentales y educativos estimulan y permiten una exploración segura de la identidad del adolescente (Hedaya, 2010).

Cada ciclo supone una crisis que debe ser superada, en la etapa de la adolescencia Erickson (2004) explica que hay un conflicto que él denomina “identidad versus confusión de

roles". Según Erickson (citado por Stassen, 2007) en la etapa de la pubertad el adolescente intenta saber quién es. Para ello establece las identidades sexual, política y profesional o se siente desconcertado con respecto de los roles que debe desempeñar. Erickson (2004) en su teoría de las ocho etapas del hombre propone que el adolescente tiene que crear un sentido de identidad bastante sólida como para enfrentarse a la etapa posterior que es tener intimidad en las relaciones e interactuar con el resto de personas, si la persona no tiene un sentido de identidad sólida le será difícil avanzar a la siguiente etapa del ciclo vital.

1.2.3.2. *Pensamientos del adolescente.*

Existe un cambio cualitativo en lo que respecta a la cognición del ser humano al empezar la adolescencia, antes de este período el individuo no tiene mucha destreza en lo que respecta a pensamientos abstractos o simbólicos. Sin embargo el abanico de posibilidades de la mente se extiende en la adolescencia ya que a partir de ahí se empieza a abstraer información y a utilizarla para crear ideas hipotéticas. Así, Piaget & Inhelder (2007) afirman en su modelo de desarrollo del niño que alrededor de los once años hay un cambio cognitivo, al cual denominaron etapa de las operaciones formales. Piaget (citado por García, 2010) explica que el pensamiento formal se caracteriza por la capacidad de los individuos para razonar en el mundo de lo posible, de lo hipotético, y no solo en lo palpable o concreto, también el pensamiento formal tiene la capacidad de entender y resolver problemas de índole lógico-matemáticos.

Según Kail & Cavanaugh (2006) El adolescente presenta principalmente cuatro características, las cuales son: el egocentrismo, la audiencia imaginaria, la fábula personal y la ilusión de vulnerabilidad. En la tabla 2 se explica mejor estas cuatro características del pensamiento en el adolescente.

Tabla 2. Características del pensamiento adolescente.

Características del pensamiento del adolescente		
Características	Definición	Ejemplo
Egocentrismo del adolescente	Los adolescentes están demasiado absortos en sus pensamientos y sus sentimientos	Cuando la abuela Levi murió de repente, le preocupaba cómo los funerales afectarían sus planes del fin de semana, sin que le interesara el sufrimiento de su madre por el fallecimiento de la abuela
Audiencia imaginaria	Los adolescentes creen que están siempre observándolos	Tom tuvo que irse en bicicleta, estaba seguro de que sus amigos irían en automóvil y se burlarían de él.
Fábula personal	Los adolescentes están convencidos de que sus experiencias y sus sentimientos son únicos	Cuando su novio decidió estar con otra muchacha, Rosa lloró y lloró. Estaba segura de que su madre nunca se había sentido así
Ilusión de invulnerabilidad	Los adolescentes creen que las desgracias sólo les ocurren a otros	Desde hace unos seis meses Kumares y su novia tenían relaciones sexuales. Ella opinó que convenía usar anticonceptivos, él dijo que era innecesario. Era imposible que su novia se embarazara.

Fuente: Kail y Cavanaugh (2006)

Elaborado: por Kail y Cavanaugh (2006)

Como se puede observar en la tabla 2, la ilusión de invulnerabilidad no le permite darse cuenta al adolescente que puede correr riesgos, esto cobra especial significado en lo que respecta al consumo de drogas, accidentes de tránsito y al embarazo no deseado en las adolescentes, estas son situaciones que se podrían prevenir. Por otro lado Elkind (citado por Oliva et al., 2007) explica que la fábula personal es la historia que crea el adolescente de sí mismo, ellos creen que sus experiencias son singulares e inigualables a las de otros, puede causarles pensamientos tales como: esto solo me pasa a mí, nadie me comprende, esto nunca me sucederá a mí. La característica de la “audiencia imaginaria” puede causar que ellos se observen constantemente y parezcan un tanto vanidosos ya que creen que el resto va a percibir como se visten, sus defectos u otro tipo de cosas con respecto a la apariencia personal. Por último el egocentrismo, éste muchas veces les impide tener empatía y comprensión por las emociones de las personas. Aunque existe la tendencia hacia el egocentrismo esto no es generalizable a toda la población, también existen grupos de jóvenes los cuales dedican su tiempo libre a conductas pro-sociales y altruistas como las que realizan en los voluntariados, estas actividades grupales y sin fines de lucro les ayudan a minimizar el egocentrismo.

Es conocido el hecho de que los adolescentes son propensos a realizar acciones que los adultos consideran “sin juicio o sentido” ya que algunas veces ponen en riesgo su integridad. En la actualidad las neurociencias han descubierto que esa impulsividad que caracteriza a los adolescentes a realizar conductas peligrosas es por un lado una motivación ancestral de miles de años de evolución en los que el ser humano ha tenido que arriesgarse para explorar el mundo que le rodea. Steinberg & Casey (citados por Dobbs, 2011) explican que:

La conducta arriesgada ha sido seleccionada por la evolución humana, la disposición a arriesgarse en este período de vida (en la adolescencia) otorga una ventaja adaptativa. Usualmente el éxito requiere salir del seno del hogar para ir a situaciones menos seguras.

Por otra parte los adolescentes no tienen una percepción del riesgo menor que la de un adulto, ellos saben las dificultades y problemas que acarrearán ciertas conductas arriesgadas, a pesar de saberlo sopesan a favor de la recompensa y de la gratificación que les puede traer dichas conductas arriesgadas. Para Steinberg (citado por Dobbs, 2011) la predilección por correr riesgos aumenta no por un cerebro endeble, sino por una valoración mayor a la recompensa” (p.20).

1.2.3.3. Autoestima en la adolescencia y los factores que influyen en ella.

La autoestima es una evaluación que las personas hacen de sí mismas. Rodríguez & Caño (2012) afirman que “el término autoestima se ha empleado principalmente para referirse al componente global del autoconcepto” (p.390). La evaluación de nosotros mismos (llamada autoestima) permite enfrentarnos a la vida de diversas formas dependiendo la concepción que tengamos de ésta. Dogson, et al. (Citado por Rodríguez y Caño, 2012) comenta: “Los jóvenes con una autoestima elevada informan también de que disfrutaban de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso” (p.391). Esto significa que la autoestima alta permite al individuo tener mayor resistencia ante el estrés y tener una respuesta adecuada al presentarse situaciones difíciles.

Las situaciones que traen al individuo gratificación le generaran autoestima alta, con el refuerzo positivo (estímulo que hace que una conducta se aumente) de un nivel constante de autoestima alta el individuo obtiene modelos cognitivos que apoyen su autoeficacia (habilidad del sujeto para realizar tareas y resolver problemas) y a su vez continúe con las conductas que le generan éxito.

Crocker et al. (citado por Rodríguez & Caño, 2012) explica:

Al depender su autoestima principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas, los jóvenes están motivados para obtener éxito y no fallar en su consecución, experimentando las emociones positivas intensas y elevada autoestima que resultan del éxito, y evitando las emociones dolorosas y baja autoestima que resultan del fracaso.

Con respecto al desarrollo del autoestima en el ciclo vital, en la adolescencia el autoestima tiende a ser menor, “el autoestima es muy grande en los preescolares, pero va disminuyendo gradualmente durante la primaria a medida que los niños se empiezan a comparar entre sí (...) a veces la autoestima decae cuando inicia la secundaria o preparatoria” (Kail y Cavanaugh, 2006). Es posible observar que la adolescencia es un período en el que se busca una mayor aprobación del resto de los compañeros, por lo que la autoestima tiende a bajar, esto es temporal y normal ya que aún se está desarrollando el sentido de identidad y personalidad del individuo.

La autoestima alta es una variable de protección que está íntimamente relacionada con otras variables de protección como son la resiliencia y el no uso de drogas, por ejemplo Reza (2011) habla de que existe una correlación negativa entre el consumo de drogas y tener una alta autoestima. Para Llobet (2005) la autoestima alta es un factor importante que promueve la resiliencia en el adolescente. La intervención de la autoestima alta en las variables protección da a entender la relevancia de ésta y cómo puede ser usada para reducir el estrés, provocar una mayor resiliencia y un menor consumo de drogas.

1.2.3.4. Suicidio en adolescentes.

De acuerdo al INEC (2011) el suicidio es la tercera causa de muertes en el Ecuador solo después de accidentes en el transporte terrestre (primer puesto) y el homicidio (segundo puesto). “A nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad” (OMS, 2014). Esto da a entender que el suicidio es uno de los principales problemas a resolver en los adolescentes, no se debe tomar a la depresión como algo sin importancia, hay que considerarla como un factor de riesgo relevante ya que esta correlacionada con el suicidio. “La depresión es un fuerte precursor del suicidio; el abuso de drogas es otro” Rich, et al., (citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Con respecto a la experiencia de otro país latinoamericano, en Colombia los adolescentes con mayor probabilidad de cometer suicidio tienen las siguientes características: “en su mayoría están matriculados en el grado noveno, consideran que su familia presenta una disfunción severa, tienen entre 15 y 19 años y manifiestan altos indicadores de depresión” (Toro, 2009, p.306). Las familias disfuncionales también se consideran un factor de riesgo para el adolescente, el

maltrato físico y psicológico que propinan a sus hijos así como los conflictos parentales dejan secuelas, tanto la negligencia como el abandono por parte de los padres también es una forma de agresión que perjudica a niños y adolescentes. Todo esto promueve el desarrollo de la depresión en los adolescentes, conllevándolos a tener ideaciones suicidas. Aunque se cree que el suicidio es algo imprevisible, la persona que planea suicidarse da señales de las que se puede estar alerta antes de que el hecho se haya consumado. Según Kail y Cavanaugh (2006) estos son algunos signos para detectar el intento de suicidio en los adolescentes:

- Amenazas de suicidio.
- Preocupación por la muerte.
- Cambio en los hábitos de alimentación o de sueño.
- Pérdida de interés por actividades anteriormente importantes.
- Cambios profundos de la personalidad.
- Melancolía y desvalidez persistentes.
- Regalar las posesiones que uno más quiere.

Los siguientes son datos acerca del suicidio en el Ecuador:

Cifras de la Dirección Nacional de la Policía Judicial (DNPJ) reflejan que a nivel nacional entre enero y octubre del 2010 se registró el suicidio de 611 personas, 40 muertes más (571) que en el mismo periodo, pero en el 2009 (...) Las 611 muertes violentas por suicidio demuestran que dos personas decidieron diariamente quitarse la vida en algún lugar del Ecuador. (El universo, 2011)

El Observatorio Social del Ecuador apunta a que a más de la depresión y las tensiones otra causa es la inmigración de los padres como un factor para el suicidio (el telégrafo, 2014). En comunidades indígenas como la de Chunchi en la provincia de Chimborazo hay un alto porcentaje de personas que emigran y dejan a sus hijos a cargo de otros familiares, en esta comunidad se ha observado un gran incremento del suicidio en adolescentes, ha habido casos donde los adolescentes dejan notas expresando un profundo sentimiento de soledad y desamparo por parte de sus padres. En la Comunidad de Chunchi han tomado medidas al respecto de cómo hacer que los adolescentes intervengan en actividades deportivas y de interacción con la comunidad, esto es un progreso para aquella comunidad que sin asesoramiento profesional ha logrado por lo menos un avance al tomar consciencia acerca del tema.

En nuestro país se puede observar que las causas de muerte en adolescentes son principalmente los accidentes de tránsito y las agresiones (véase tabla 2). En el tercer lugar de la lista están los suicidios que podrían prevenirse y reducirse con un mejor servicio de salud mental (psiquiatras, psicólogos, orientadores). Como se observa en la tabla 3, el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes en el 2011, hecho que revela la importancia del estudio de este tema y también de la depresión ya que “hay una relación fuerte entre la depresión y el riesgo de suicidio” (Tiziani, 2011, p. 135).

Tabla 3: Causas de muerte en adolescentes por sexo en Ecuador, 2011

Principales causas	% Hombres	% Mujeres
Accidentes de transporte terrestre	19	8
Agresiones (homicidio)	12	3
Lesiones autoinflingidas (suicidio)	7	13
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4	6
Ahogamiento y sumersión accidentales	4	2
Influenza y neumonía	4	3
Neoplasia maligna del tejido linfático, órganos hematopoyéticos y tejidos afines	4	4
Caídas accidentales	2	-
Causas mal definidas	4	6
Embarazo, parto y puerperio	-	4
Resto de causas	36	51
Total numérico (2.359)	1.48	880

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Estadísticas vitales, 2011 y Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)

Elaboración: Observatorio Social del Ecuador (OSE), 2014

CAPÍTULO II.
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo general.

- Analizar la disposición de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato del Conservatorio Nacional de Música, del año lectivo 2015, en la zona 9, cantón Quito, distrito educativo norte, N° de circuito 6, acuerdo ministerial 00065 A- 15.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Escoger las variables psicosociales que intervienen en la salud mental de la población de bachillerato del Conservatorio Nacional de Música, en la zona 9, cantón Quito, distrito educativo norte, N° de circuito 6, acuerdo ministerial 00065 A- 15.
- Determinar las variables que predicen el uso de drogas en adolescentes de primero y segundo de bachillerato.
- Crear un informe de resultados para el Conservatorio Nacional de Música, ésta es la institución donde se realizó el trabajo investigativo de campo.

2.1.3. Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las variables que determinan o están asociadas a la salud mental en la población de estudiantes de bachillerato?
- ¿Qué variables se asocian al consumo de drogas en estudiantes?
- ¿Cuántos estudiantes se ubican dentro del consumo problemático?
- ¿Qué porcentaje de estudiantes tienen un problema de adicción?
- ¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias psicotrópicas según el género?

2.2. Diseño de investigación.

Se usó una investigación de tipo descriptivo ya que lo que se deseó saber es en qué porcentaje las variables a estudiar están presentes en la población elegida, la cual pertenece a estudiantes de entre 15 y 17 años de edad, en una unidad educativa del Distrito Metropolitano de Quito. Con respecto a este tipo de investigación Malhotra (citado por Mas, 2012) menciona que “la investigación descriptiva tiene como objetivo primordial la descripción de la realidad, siendo sus principales métodos de recogida de información la encuesta e incluso la observación” (p.191). Así, la investigación se enfocó en describir los

datos mediante los instrumentos necesarios (test, baterías, encuestas), a partir de ellos se realizó un análisis cuantitativo de las variables a través de métodos estadísticos, también se efectuó un análisis cualitativo por medio de la discusión de los datos obtenidos.

2.3. Contexto.

Con respecto al Conservatorio Nacional de Música su dirección distrital de educación fue: zona 9, cantón Quito (Distrito Metropolitano de Quito), distrito educativo norte, código 17D05, N° de circuito 6, acuerdo ministerial 00065 A- 15. Su ubicación geográfica fue: Distrito Metropolitano de Quito, sector el Batán, entre las calles Abascal y Cochapata, al frente del Ballet Nacional de Cámara (véase anexo 11). Tuvo una gran infraestructura la cual poseyó múltiples salas, auditorios, aulas colectivas e individuales, parqueadero, biblioteca y áreas de recreación, también gozó de innumerables instrumentos que estuvieron a la disposición de los estudiantes en un almacén destinado al préstamo de instrumentos sin ningún costo. El Conservatorio Nacional de Música (véase anexo 12) fue una institución pública que tuvo una larga historia que se remonta al año de su fundación que oficialmente fue el 26 de abril de 1900.

Por Decreto Ejecutivo del General Eloy Alfaro se funda el Conservatorio Nacional de Música del Ecuador Sede Quito, al que el Presidente le dotó de infraestructura, con una casa en la calle Cuenca, entre Mideros y Chile -antiguo establecimiento-. El considerando del decreto decía: “Con el objetivo de contribuir al engrandecimiento y desarrollo de la Instrucción Pública, mediante decreto Ejecutivo, se establece en la ciudad de Quito un Conservatorio de Música y Declamación”. (Conservatorio Nacional de Música [CNM], 2016)

El CNM desde el año 2010 en calidad de colegio de artes funcionó al amparo de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, su reglamento, el Acuerdo Ministerial 00065 A- 15 y el Instructivo para su aplicación; con la misión y objetivo de producir bachilleres en música con las competencias descritas en el currículo nacional para el bachillerato complementario en artes-música en: ejecución e interpretación instrumental y /o vocal, orquestas, bandas, coros, ensambles y agrupaciones; en el marco de un enfoque intercultural, inclusivo y equitativo, que les permitió seguir con los estudios superiores e integrarse a la sociedad como ciudadanos productivos y creativos, conscientes de su identidad nacional y con una perspectiva pluricultural, multiétnica, latinoamericana y humanista, dentro del respeto a los derechos humanos y colectivos, la naturaleza y la vida (CNM, 2016).

El CNM fue la primera institución del país en formar músicos de forma profesional y como se mencionó anteriormente los servicios que ofreció a la colectividad fueron: preparar músicos de calidad especialmente en el ámbito de la música académica o clásica con conocimientos

de cultura general como los que dan en los colegios regulares, para que puedan posteriormente ingresar a instituciones de tercer nivel. De manera que el CNM se ha convertido en una institución de educación artística de prestigio, que forjó músicos profesionales durante más de un siglo, siendo cuna de varios de los más afamados artistas ecuatorianos en el mundo, tales como Gerardo Guevara, Luis Humberto Salgado, Carlos Bonilla, Mesías Maiguashca, entre otros (Godoy, 2016).

2.4. Población.

Mediante un muestreo casual accidental no experimental, se eligió a los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato, de la zona 9, cantón Quito, distrito educativo norte, N° de circuito 6. Las características de los estudiantes fueron las siguientes:

- Tener entre 14 y 17 años
- Pertener a primero y segundo de bachillerato
- La muestra fue de un total de 40 estudiantes divididos entre primero y segundo de bachillerato

En la siguiente tabla se esquematizó la distribución de la población.

Tabla 4: Distribución de la muestra

Institución	Año de básica	N° de estudiantes	Género	Total por género	Edades			
					14	15	16	17
Nro. 1	Primero de bachillerato	13	Masculino	6	0	5	1	0
			Femenino	7	0	4	3	0
	Segundo de bachillerato	27	Masculino	12	0	0	11	1
			Femenino	15	0	0	12	3
TOTAL		40		40				

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.

2.5.1. Métodos.

Los métodos aplicados fueron dados a través de los lineamientos generales proporcionados por el departamento de psicología de la UTPL, éstos fueron los siguientes:

- El método descriptivo, el cual permitió explicar, detallar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias estupefacientes.
- El método estadístico facilitó organizar la información obtenida de la aplicación de los instrumentos y técnicas de medición de los factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias psicotrópicas.
- El método de investigación transversal debido a que se centró en analizar cuál es el nivel o estado de diversas variables en un momento específico, es decir en un determinado período de tiempo.

2.5.2. Técnicas.

- Perceived Stress Scale
Es un cuestionario auto aplicado de una sola dimensión, diseñado para medir el grado en que los individuos aprecian las situaciones en su vida como estresantes en el último mes, evaluando el grado en el cual las personas consideran que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada. (Salgado, Mo, & Monterrosa, 2013, p.321). (Véase anexo 1)
- Acceptance and Action Questionnaire AAQ-II (YUC)
Esta cuestionario es una escala autoaplicable tipo Likert que permite medir la evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica, dependiendo de la orientación de sus diez reactivos, cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “nunca” (*never*) a “siempre” (*always*), según las creencias y experiencias de cada evaluado. (Véase anexo 2)
- AUDIT
Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. (Babor, Biddel, Saunders & Monteiro, 2001, p.2). (Véase anexo 3)
- Escala de Personalidad Estudiantil Tipo “A”
Esta escala se diseñó para detectar la personalidad tipo A en los contextos educativos en los que se encuentra los adolescentes ya que en estos el adolescente

con personalidad tipo A expresa sus conductas extremadamente competitivas y en algunos casos agresivas. Macías (2008) afirma que “la validez de este instrumento se basa en la estructura interna a través de tres procedimientos: análisis factorial, análisis de consistencia interna y análisis de grupos contrastados” (p.77). (Véase anexo 4)

- Escala ESTE II de Soledad Social

La Escala de Soledad Social Este II que se presenta pretende ser la continuidad de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Aleixandre (Rubio y Aleixandre, 1999; Rubio, 2000; Rubio y Aleixandre, 2001) a través de un proyecto de Investigación con IMSERSO, y recientemente revisada y actualizada (Rubio, Pinel y Rubio, 2010). La Escala Este I mide cuatro factores (Soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social), mientras que la Escala Este II se centra en profundidad en el factor de Soledad Social. (Véase anexo 5)

- Brief Resilience Scale (BRS)

“El brief resilience scale fue creado para valorar la habilidad de recuperarse ante el estrés (...) provee una única e importante información acerca la relación entre salud y estresores en las personas” (International Journal of behavior medicine, 2008, p. 194). (Véase anexo 6)

- Otras Drogas, ASSIST V3.0

El ASSIST es un instrumento creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como del consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse. (Véase anexo 7)

- Patient Health Questionnaire (PHQ- 9)

Es un cuestionario destinado a medir la ansiedad y la depresión, cuenta con 9 reactivos los cuales tienen una calificación cualitativa de nunca (representada por 0) a casi todos los días (representada por 3). Se realizan preguntas directamente relacionadas con las variables depresión y ansiedad, por ejemplo se hacen preguntas acerca del estado de ánimo, apetito, sueño, concentración, pensamientos depresivos. Los derechos de autor del PHQ-9 cuestionario pertenecen a Pfizer. (Véase anexo 8)

- Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

“La versión española del SWLS mantuvo relaciones significativas y en el sentido previsto con las variables de satisfacción en el ámbito escolar, sentimientos de

felicidad y sentimientos de soledad, indicando una validez convergente adecuada” (Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2010, p. 314). (Véase anexo 9).

2.5.3. Procedimiento.

- a. Se realizó una capacitación presencial en el seminario de fin de carrera en la cual participaron los estudiantes de la UTPL de la titulación de psicología. La capacitación se efectuó para dar a conocer a los estudiantes de pregrado el programa de investigación nacional sobre las variables psicosociales que causan trastornos en la población de primero y segundo de bachillerato en el Ecuador.
- b. Se pidió la colaboración del plantel educativo para poder efectuar el trabajo investigativo. Mediante el envío de solicitudes (véase anexos 13, 14 y 15) y relacionándose con las autoridades de los planteles educativos se obtuvo la aprobación para realizar la investigación de las variables asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato.
- c. Hubo un diálogo con las autoridades de los planteles educativos, se comentó las variables que se pretende estudiar, los instrumentos a usar (cuestionarios, test) y los objetivos de la investigación.
- d. Se socializaron y difundieron los principales objetivos de la investigación a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, también se les informó como se va a realizar el proceso investigativo.
- e. Cada participante recibió una carta de consentimiento informado para que sea autorizada por ellos y sus padres o algún tutor que este a su cargo, esto se efectuó con el afán de que quede en claro que es su derecho decidir su participación o no en la investigación (véase anexos 16 y 17).
- f. Se les indicó cómo deben responder a los test o cuestionarios proporcionados, también se les recalco que la información obtenida de los instrumentos de medición psicológica es confidencial.
- g. Se respondió a las inquietudes de los estudiantes y autoridades o profesores mientras se completaban el proceso de evaluación psicológica.
- h. Se ingresó la información obtenida a la matriz de datos, en las hojas de cálculo de Excel en base al formato otorgado por la UTPL.
- i. La información recolectada pretendió identificar las siguientes variables:
 - Variables sociodemográficas.
 - Estrés.
 - Apoyo social.

- Personalidad tipo A
 - Inflexibilidad psicológica.
 - Resiliencia.
 - Consumo problemático de alcohol.
 - Consumo problemático de otras drogas.
 - Ansiedad y Depresión.
 - Satisfacción vital.
- j. A más de las variables antes mencionadas también se recolectó información básica acerca de los estudiantes de bachillerato como por ejemplo su edad, sexo, ocupación principal. Ésta información se recogió con el cuestionario de factores psicosociales de salud y estilos de vida para adolescentes (véase anexo 10).
- k. Toda la información recolectada fue procesada en la matriz de datos, para ser interpretada y analizada.

2.5.3.1. Análisis de datos o de resultados.

El análisis de datos se realizó mediante:

- a. El uso de programas informáticos de procesamiento de datos, en éste caso Excel, para crear una base de datos de los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la zona 9, cantón Quito (Distrito Metropolitano de Quito), distrito educativo norte, código 17D05, N° de circuito 6, con el acuerdo ministerial 00065 A- 15.
- b. El Ingreso de la información en la matriz de datos según el formato otorgado por la Universidad Técnica Particular de Loja para esta investigación.
- c. La tabulación de la información recolectada y depurada en base a la población total que es de 40 individuos, las cuales 13 personas (tanto hombres y mujeres) fueron estudiantes de primero de bachillerato y 27 fueron estudiantes de segundo de bachillerato. (Véase tabla 4)
- d. Una discusión en base a datos estadísticos y representativos de la población, los cuales estuvieron ordenados, esquematizados y tabulados a partir de la información recolectada en la institución investigada.

2.5.4. Recursos.

2.5.4.1. *Talento Humano.*

- El Tesista.
- La Directora y Tutora del proyecto.
- Profesores que intervinieron directa o indirectamente en el proceso de investigación.
- Rector del establecimiento
- Estudiantes participantes.
- Tutores o padres a cargo de los participantes.

2.5.4.2. *Recursos Institucionales.*

- Tutoría otorgada por la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) para la elaboración del proyecto.
- Institución educativa perteneciente, con sus respectivos espacios físicos (aulas) y otros recursos que usualmente constan en éstos (pizarra, mesa, pupitres).

2.5.4.2. Recursos materiales y económicos.

Tabla 5: Recursos Materiales y Económicos

Recursos para logística			
MATERIALES	VALOR UNITARIO	UTILIZADOS	TOTAL
Transporte	0,25\$	30	-
Alimentación	3,00\$	10	30,00\$
Recargas celulares	5,00\$	1	5,00\$
Imprevistos	-	-	50,00\$
Recursos tecnológicos			
MATERIALES	VALOR UNITARIO	UTILIZADOS	TOTAL
Cámara fotográfica	300,00\$	1	300,00\$
Computador portátil	1,000,00\$	1	1,000,00\$
Celular	50,00\$	1	50,00\$
Recursos de oficina (materiales de oficina)			
MATERIALES	VALOR UNITARIO	UTILIZADOS	TOTAL
Esferos	0,50\$	2	1,00\$
Paquete de Clips	1\$	1	1,00\$
Paquete de grapas	1\$	1	1,00\$
Paquete de notas adhesivas	1\$	1	1,00\$
Paquete de papel bond A4	1\$	10	10,00\$
VALOR TOTAL:			1,449,00\$

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

CAPÍTULO III.
ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados Obtenidos.

3.1.1. Datos Psicosociales.

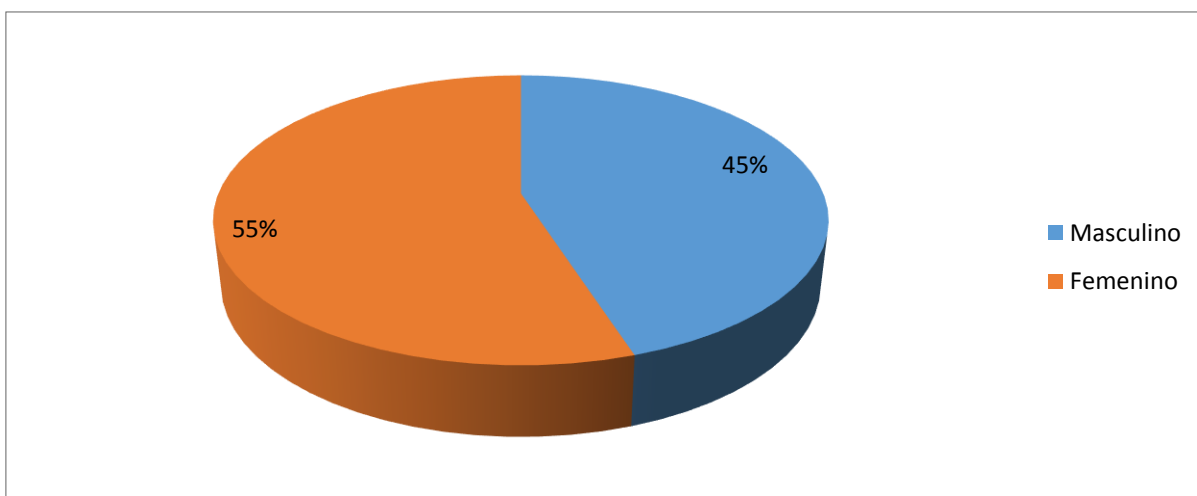


Figura 1: Sexo

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

El porcentaje de mujeres en esta muestra fue superior al de hombres ya que el género femenino fue el 55% y el masculino el 45%.

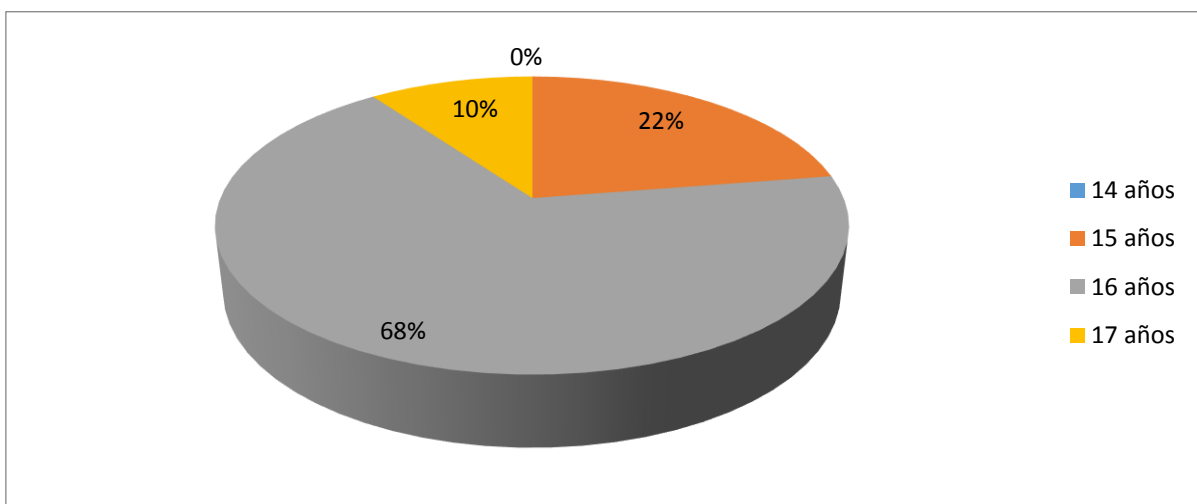


Figura 2: Edad

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La población estuvo conformada por adolescentes de 15, 16 y 17 años de edad, siendo los que tienen 16 años la mayoría. Véase en la figura 2 que el 68% de la población posee 16 años, el 22% 15 años y el 10% 17 años.

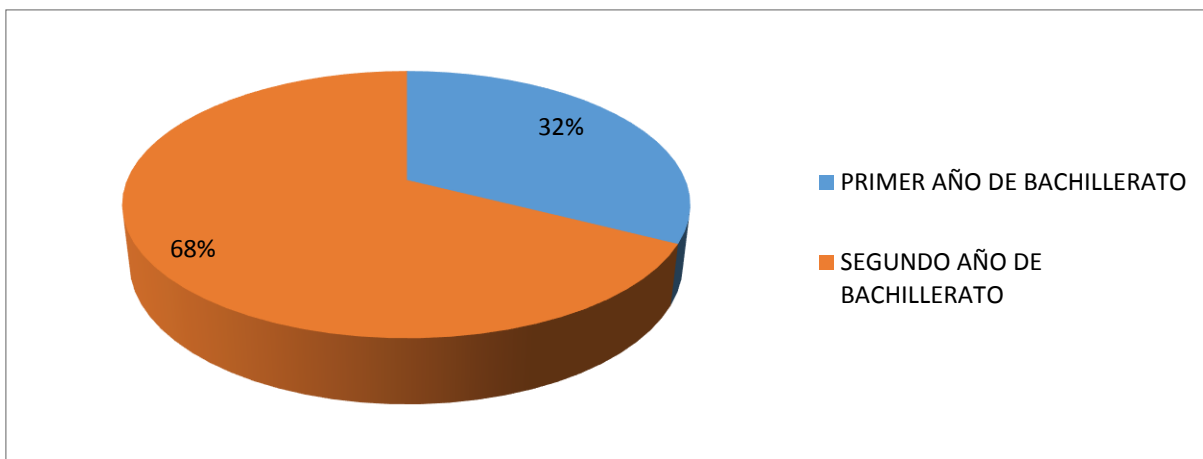


Figura 3: Año de Bachillerato

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Los adolescentes que pertenecieron al primer año de bachillerato fueron el 32% y aquellos que estuvieron en el segundo año de bachillerato fueron el 68%.

3.1.2. Análisis de Datos Generales.

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

Las consideraciones para las puntuaciones fueron:

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

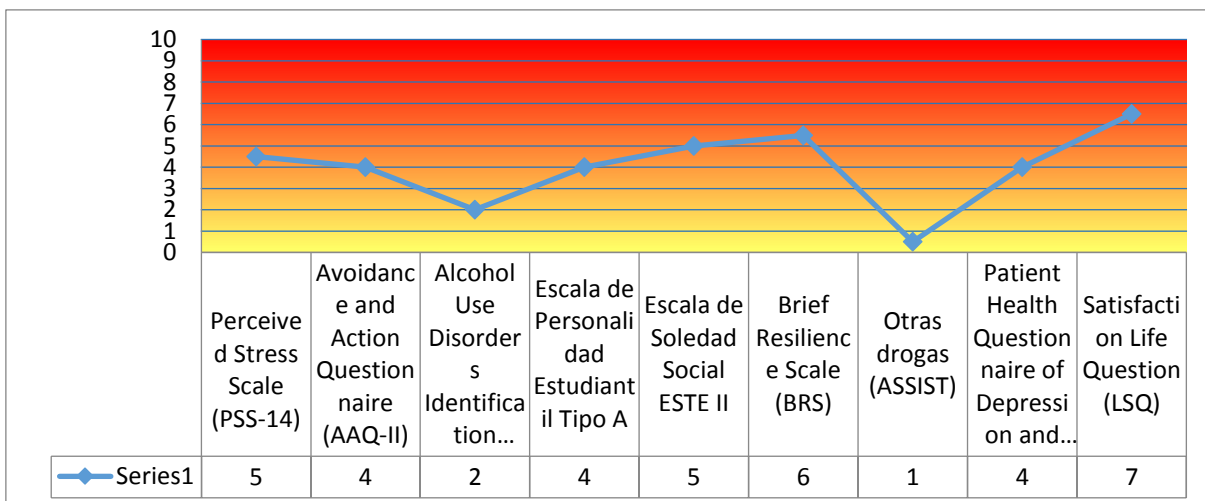


Figura 4. Análisis de resultados generales

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Con respecto al Perceived Stress Scale se pudo argumentar que es una variable de riesgo ya que la variable estrés se encontró en la media, así los resultados generales mostraron que se ubicó con una puntuación de 5 sobre 10. Se pudo observar que los 3 valores (resaltados con rojo en la tabla 1) más relevantes en el Perceived Stress Scale fueron en los siguientes ítems:

- Ítem 2: En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en la vida?
- Ítem 6: En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar problemas personales?
- Ítem 12: En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

Tabla 1: FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

En el AAQ II, instrumento que midió la inflexibilidad psicológica, se pudo observar que es una variable protectora ya que se encontró por debajo de la media, siendo la puntuación de 4. Se observó que los 3 valores (resaltados con rojo en la tabla 2) más relevantes en el AAQ-II se presentan en los siguientes ítems:

- Ítem 2: Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera. valorar.
- Ítem 4: me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.
- Ítem 8: Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.

Tabla 2: Avoidance and Action Questionnaire II (AAQ-II)

ÍTEM	Comple- tamente Falso	Rara vez cierto	Alguna s veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto
1	7	6	10	7	4	6	0
2	8	5	7	7	6	4	3
3	7	6	6	7	5	5	4
4	6	8	6	5	5	6	4
5	5	7	8	9	6	3	2
6	8	6	7	5	5	6	2
7	8	8	6	7	3	5	3
8	6	9	7	8	4	4	2
9	8	7	8	6	4	2	5
10	7	8	7	5	7	2	4

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable consumo de alcohol medida por el AUDIT reflejo un consumo bajo en la población de bachillerato, un 0% de síndrome de dependencia, un 3 % de consumo perjudicial, un 26% en consumo de riesgo y un 71% de estudiantes de bachillerato que

afirmaron que hubo un consumo prudente o de bajo riesgo. Los datos expuestos en el AUDIT dieron como resultado que es una variable de protección, ya que es inferior a la media el consumo de alcohol.

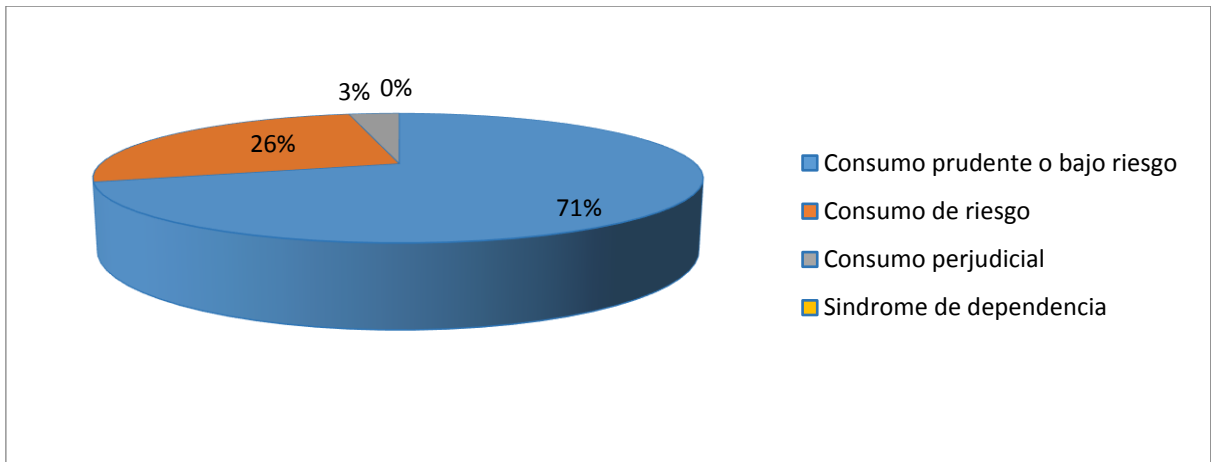


Figura 5: AUDIT

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable de personalidad tipo A medida por la “escala de personalidad estudiantil tipo A” indicó que fue una variable de protección ya que estuvo por debajo de la media con una puntuación de 4. Se pudo observar que los 3 valores (resaltados con rojo en la tabla 3) más relevantes en la “escala de personalidad estudiantil tipo A” se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 2: te gusta competir con los compañeros de tu clase.
- Ítem 4: te sientes muy presionado por llegar puntual a clase.
- Ítem 13: crees que si te esfuerzas puedes lograr un mejor desempeño escolar.

Tabla 3: FRECUENCIA, Escala de Personalidad Estudiantil Tipo “A”

ÍTEM	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
1	5	10	17	5	3
2	6	5	24	3	2
3	4	10	16	6	4
4	4	9	18	7	2
5	5	12	15	5	4
6	7	9	10	9	5
7	5	10	12	10	3
8	3	9	15	7	5
9	3	7	16	10	4
10	9	10	9	6	6
11	8	9	12	6	5
12	2	12	14	11	1
13	4	10	14	9	3
14	6	10	11	8	5
15	9	8	9	9	5
16	0	5	15	18	2

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

Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable de soledad medida por la escala ESTE II fue una variable de riesgo ya que se encuentra en la media con una puntuación de 5 sobre 10. Los 3 valores (resaltados con rojo en la tabla 4) más altos en la “escala de personalidad estudiantil tipo A” se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 8: ¿Se siente querido?
- Ítem 11: ¿Utiliza usted internet?
- Ítem 13: ¿le resulta fácil hacer amigos?

Tabla 4: Escala ESTE II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
ÍTEM	Siempre	A veces	Nunca
1	8	22	9
2	8	19	13
3	15	10	14
4	9	21	10
5	8	21	11
6	12	17	11
7	10	10	19
8	7	23	10
Factor 2: Uso de nuevas Tecnologías			
	Siempre	A veces	Nunca
9	19	13	8
10	13	16	10
11	25	11	4
Factor 3: Índice de Participación Social Subjetiva			
12	11	20	9
13	9	24	7
14	11	10	19
15	9	9	22

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

Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable resiliencia medida por el BRS tuvo una puntuación general de 6, al situarse por encima de la media fue una variable de protección. Los 2 valores (resaltados con rojo en la tabla 5) más altos en la BRS se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 2. Paso un tiempo difícil al tratar de atravesar situaciones estresantes.
- Ítem 6. Tiendo a tomarme bastante tiempo para superar los contratiempos en mi vida.

Tabla 5: FRECUENCIA, Brief Resilience Scale (BRS).

ÍTEM	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	6	5	10	9	10
2	4	8	23	4	1
3	11	9	11	5	4
4	9	10	8	11	2
5	3	10	11	7	9
6	4	9	17	7	3

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

La variable del consumo de drogas medida por el ASSIST fue una variable de protección, su puntuación estuvo por debajo de la media, esta puntuación fue la de 1 sobre 10, la misma que se pudo observar en la tabla 6 con un rotundo “nunca” de respuesta en todos los ítems.

Tabla 6: Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test (OMS ASSIST V3.0)

ÍTEM	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	25	12	3	0	0
2	14	26	0	0	0
3	18	20	2	0	0
4	25	15	0	0	0
5	26	12	2	0	0
6	19	20	1	0	0
7	17	12	1	0	0
8	22	18	0	0	0
9	26	13	1	0	0
10	28	12	0	0	0

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

Las variables de ansiedad y depresión que fueron medidas y cuantificadas por el PHQ-9 fueron variables de protección, éstas se ubicaron con una puntuación de 4. Los valores (resaltados con rojo en la tabla 7) más relevantes en el PHQ-9 se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 1: poco interés o agrado al hacer las cosas.
- Ítem 7: Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.

- Ítem 9: Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma

Tabla 7: FRECUENCIA, The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

ÍTEM	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	11	16	9	2
2	13	14	12	1
3	14	14	8	4
4	13	12	9	6
5	12	9	11	8
6	14	11	9	1
7	15	13	9	3
8	13	9	14	4
9	17	13	9	0

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

La variable de satisfacción vital medida por la “Escala de Satisfacción con la Vida” (SWLS) fue una variable de protección, estuvo situada sobre la media con una puntuación de 7. Los tres valores (resaltados con rojo en la tabla 8) más altos en el SWLS se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 1: En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.
- Ítem 3: Estoy satisfecho con mi vida.
- Ítem 5: Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.

Tabla 8: FRECUENCIA, Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

ÍTEM	1 Totalmente en Desacuerdo)	2	3 (Neutro)	4	5 (Muy de acuerdo)
1	0	2	4	30	4
2	2	5	20	10	3
3	0	2	6	28	4
4	2	4	23	15	6
5	1	3	27	9	0

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

3.1.3. Análisis de Resultados Respecto al Género Femenino.

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

Las consideraciones para las puntuaciones fueron:

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

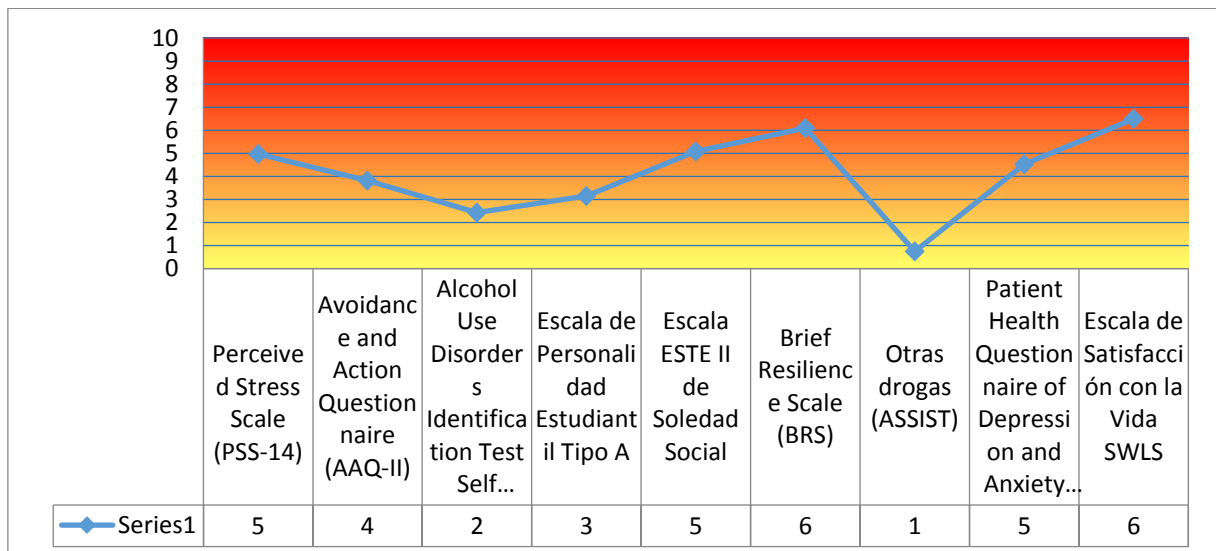


Figura 6: Análisis de resultados con respecto al género femenino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Con respecto a la variable estrés medida por el PSS-14, esta fue una variable de riesgo ya que se encuentra en la media, así los resultados generales mostraron que se ubica con una puntuación de 5. Los valores más importantes (resaltados con rojo) se encuentran en la tabla 9.

Tabla 9: FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable inflexibilidad psicológica, fue una variable protectora, ésta se encuentra por debajo de la media, su puntuación con respecto al análisis de resultados del género femenino fue de 4. Se pudo observar que los 3 valores (resaltados con rojo en la tabla 10) más relevantes en el AAQ-II se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 2: Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.
- Ítem 4: me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.
- Ítem 8: Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.

Tabla 10: Avoidance and Action Questionnaire II (AAQ-II)

ÍTEM	Completamente Falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto
1	3	4	5	3	3	3	1
2	2	4	4	3	4	4	1
3	2	3	4	4	3	2	3
4	4	5	3	2	4	3	1
5	3	3	4	3	4	3	2
6	2	2	4	4	2	3	3
7	2	4	4	3	4	1	2
8	3	5	4	4	3	1	1
9	1	3	5	4	4	2	3
10	3	4	5	3	4	1	2

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

Los resultados en lo que respecta al AUDIT fueron muy alentadores y representan una variable de protección en lo que es el consumo de alcohol, el análisis de resultados en el género femenino mostro en la figura 7 que el 84% de la población femenina tuvo un

consumo prudente o de bajo riesgo. En tanto que la puntuación del AUDIT estuvo por debajo de la media con un puntuación de dos, esos datos pueden asegurar que la variable “consumo de alcohol” es una variable de protección en el género femenino.

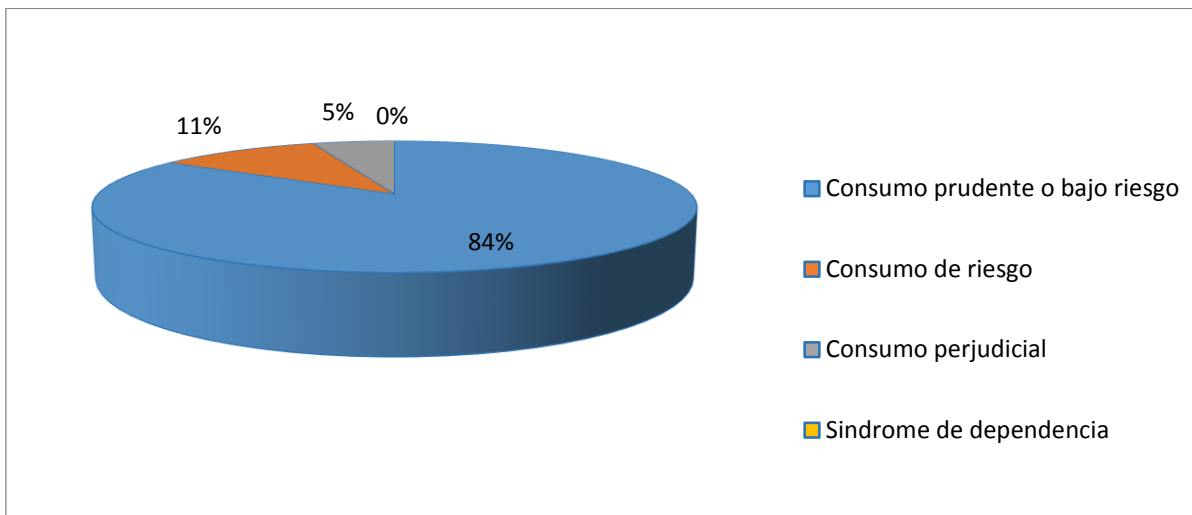


Figura 7: AUDIT

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La variable de personalidad tipo A medida por la “escala de personalidad estudiantil tipo A” indicó que es una variable de protección ya que estuvo por debajo de la media con 3 puntos, estos datos fueron correspondientes al género femenino de la población de bachillerato. Se puede observar que los valores más altos en la “escala de personalidad estudiantil tipo A” se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 2: te gusta competir con los compañeros de tu clase.
- Ítem 4: te sientes muy presionado por llegar puntual a clase.
- Ítem 13: crees que si te esfuerzas puedes lograr un mejor desempeño escolar.

Tabla 11: FRECUENCIA, Escala de Personalidad Estudiantil Tipo “A”

ÍTEM	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
1	0	7	9	5	1
2	1	5	11	3	2
3	1	6	8	4	3
4	0	4	10	5	1
5	0	7	9	6	0
6	1	9	8	3	1
7	0	8	5	8	1
8	2	6	10	3	1
9	4	6	7	5	0
10	1	10	9	1	1
11	3	8	8	3	0
12	1	8	10	2	1
13	1	7	7	6	0
14	2	6	9	5	0
15	1	10	8	2	1
16	0	1	4	12	5

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La escala ESTE II mide la soledad, ésta fue una variable de riesgo, debido a que se encontró en la media con una puntuación de 5 en la población femenina de bachillerato. Los valores (resaltados con rojo en la tabla 12) importantes en la “escala de personalidad estudiantil tipo A” se mostraron en los siguientes ítems:

- Ítem 8: ¿Se siente querido?
- Ítem 11: ¿Utiliza usted internet?
- Ítem 13: ¿le resulta fácil hacer amigos?

Tabla 12: Escala ESTE II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
ÍTEM	Siempre	A veces	Nunca
1	5	13	4
2	8	11	3
3	6	12	4
4	4	13	5
5	2	12	8
6	5	11	6
7	5	13	4
8	2	14	6
Factor 2: Uso de nuevas Tecnologías			
	Siempre	A veces	Nunca
9	6	13	3
10	9	11	2
11	14	5	3
Factor 3: Índice de Participación Social Subjetiva			
12	5	13	4
13	2	14	6
14	4	12	5
15	1	12	9

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable resiliencia medida por el BRS tuvo una puntuación general de 6, situándose por encima de la media fue una variable de protección para la población femenina de bachillerato. Los 2 valores (resaltados con rojo en la tabla 13) principales en la BRS se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 2. Paso un tiempo difícil al tratar de atravesar situaciones estresantes.
- Ítem 6. Tiendo a tomarme bastante tiempo para superar los contratiempos en mi vida.

Tabla 13: FRECUENCIA, Brief Resilience Scale (BRS).

ÍTEM	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	Deacuerdo	Totalmente deacuerdo
1	1	5	9	4	3
2	0	4	12	6	0
3	3	3	8	5	4
4	0	7	9	4	2
5	2	6	7	7	0
6	1	4	10	7	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable del consumo de drogas medida por el ASSIST fue una variable de protección, su puntuación estuvo por debajo de la media, esta puntuación es la de 1 en la población femenina, se pudo observar en la tabla 14 que hay una mayoría de ceros en los ítems que expresan un consumo habitual: Existió una mayor frecuencia en los “nunca” de respuestas en todos los ítems.

Tabla 14: Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test (OMS ASSIST V3.0)

ÍTEM	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	18	3	1	0	0
2	14	8	0	0	0
3	18	4	0	0	0
4	19	2	1	0	0
5	15	7	0	0	0
6	19	3	0	0	0
7	17	5	2	0	0
8	18	3	0	0	0
9	16	5	1	0	0
10	14	8	0	0	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Las variables depresión y ansiedad cuantificadas por el PHQ-9 fueron de riesgo, tuvieron una puntuación de 5 que respecta a la población femenina de bachillerato. Los valores más altos en el PHQ-9 se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 1: poco interés o agrado al hacer las cosas.
- Ítem 7: Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.
- Ítem 9: Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

Tabla 15: FRECUENCIA, The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

ÍTEM	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	5	7	5	5
2	5	6	6	5
3	6	6	5	4
4	5	5	6	6
5	6	5	5	6
6	5	6	5	5
7	7	4	6	4
8	6	6	5	4
9	8	6	4	4

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La SWLS o Escala de Satisfacción con la Vida, fue una variable de protección, ésta se situó sobre la media con una puntuación de 6 en lo que respecta a la población femenina de bachillerato. Los valores más altos en el SWLS se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 1: En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.
- Ítem 3: Estoy satisfecho con mi vida.
- Ítem 5: Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.

Tabla 16: FRECUENCIA, Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

ÍTEM	1 Totalmente en Desacuerdo)	2	3 (Neutro)	4	5 (Muy de acuerdo)
1	0	1	4	16	1
2	0	3	7	10	2
3	1	0	6	14	1
4	0	5	12	3	2
5	1	2	18	1	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

3.1.4. Análisis de Resultados Respecto al Género Masculino.

En este apartado se realizó el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población masculina investigada. Se debió considerar la puntuación estandarizada de 0 a 10. Tomando en cuenta que 5 fue el valor medio, el análisis dependió de la variable para definirla como protectora o de riesgo.

Las consideraciones para las puntuaciones fueron:

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

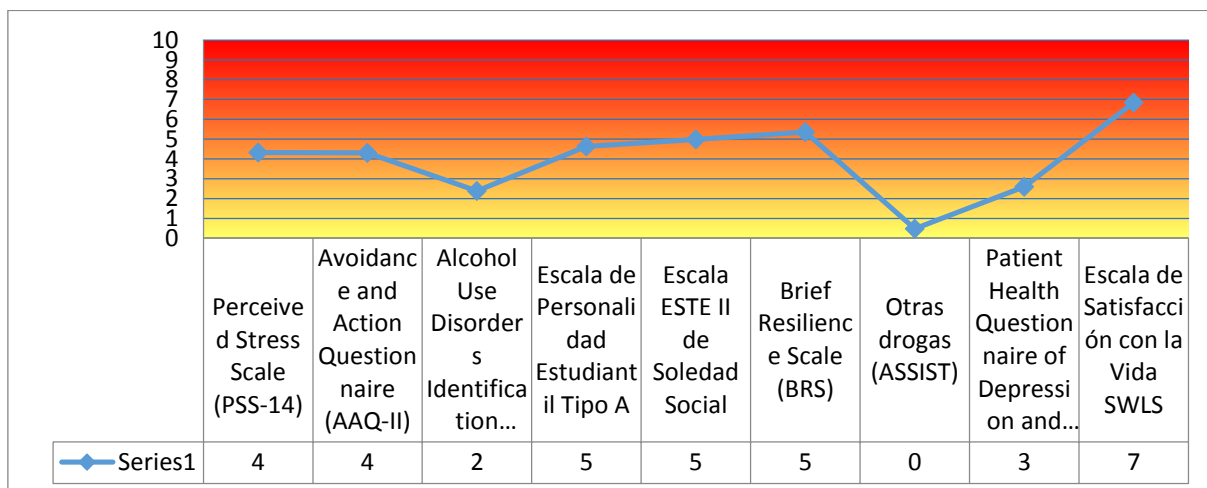


Figura 8: Análisis de resultados con respecto al género masculino

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

El Perceived Stress Scale se pudo argumentar que fue una variable de protección ya que la variable estrés se encuentra por debajo de la media, los resultados con respecto al género masculino ubicaron con una puntuación de 4 sobre 10 a esta variable. Se pudo observar que los valores (resaltados con rojo en la tabla 1) representativos en el Perceived Stress Scale fueron los correspondientes a los siguientes ítems:

- Ítem 2: En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en la vida?
- Ítem 6: En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar problemas personales?
- Ítem 12: En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

Tabla 27: FRECUENCIA Perceived Stress Scale (PSS-14)

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

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

El AAQ-II midió la variable de la inflexibilidad psicológica, esta fue una variable protectora ya que se encontró muy por debajo de la media, la puntuación con respecto al análisis del género masculino fue de 4. Los valores (resaltados con rojo en la tabla 18) más relevantes en el AAQ-II están en los siguientes ítems:

- Ítem 2: Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera. valorar.
- Ítem 4: me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.
- Ítem 8: Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.

Tabla 18: Avoidance and Action Questionnaire II (AAQ-II)

ÍTEM	Comple- tamente Falso	Rara vez cierto	Alguna s veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto
1	4	2	5	4	1	3	0
2	6	1	3	4	2	0	2
3	5	3	2	3	2	3	1
4	2	3	2	3	1	3	3
5	2	4	4	6	2	0	0
6	6	4	3	1	3	2	0
7	6	4	2	4	0	4	1
8	3	5	3	4	1	3	1
9	7	4	2	2	0	0	2
10	4	4	2	2	3	1	2

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

La variable consumo de alcohol medida por el AUDIT mostro un consumo bajo en la población de bachillerato, un 0% de síndrome de dependencia, un 29% entre consumo de riesgo y consumo perjudicial. El 71% de estudiantes de bachillerato del género masculino

afirmaron tener un consumo prudente o de bajo riesgo. Los datos del AUDIT mostraron que el consumo de alcohol fue una variable de protección en el género masculino de bachillerato ya que fue inferior a la media, cero participantes del género masculino tuvieron síndrome de dependencia.

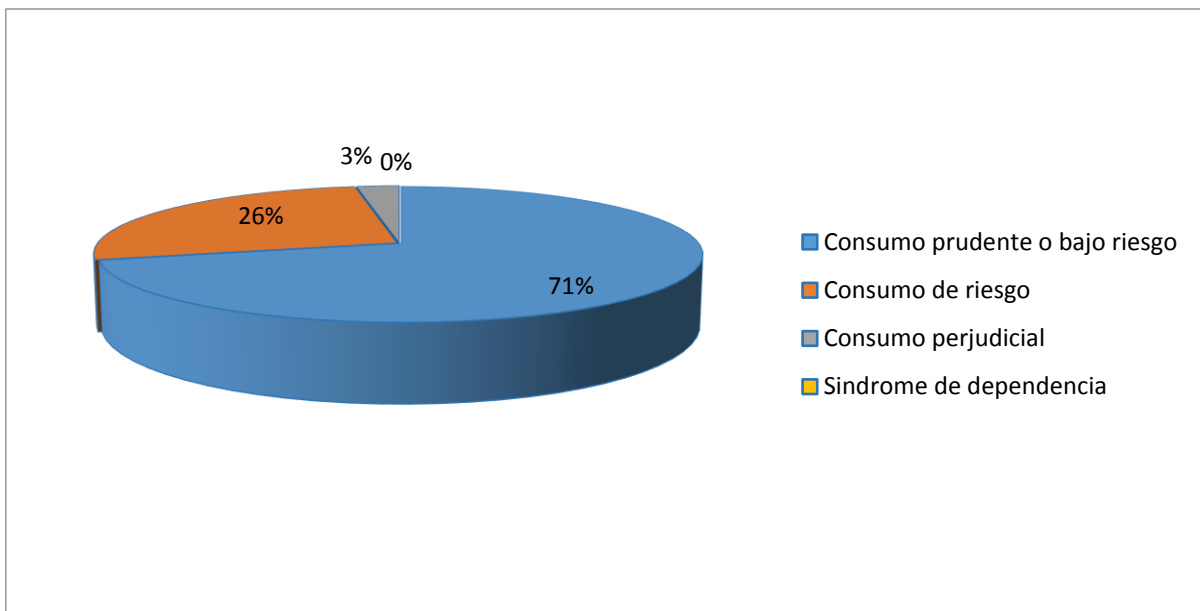


Figura 9: AUDIT

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable de personalidad tipo A medida por la “escala de personalidad estudiantil tipo A” indicó que es una variable de riesgo ya que estuvo en la media de 5 aunque no sobre ella, estos datos fueron correspondientes al género masculino de la población de bachillerato. Se pudo observar que los valores importantes en la “escala de personalidad estudiantil tipo A” se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 2: te gusta competir con los compañeros de tu clase.
- Ítem 4: te sientes muy presionado por llegar puntual a clase.
- Ítem 13: crees que si te esfuerzas puedes lograr un mejor desempeño escolar.

Tabla 19: FRECUENCIA, Escala de Personalidad Estudiantil Tipo “A”

ÍTEM	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
1	5	3	8	0	2
2	5	0	13	0	0
3	3	4	8	2	1
4	4	5	8	2	1
5	5	4	6	0	4
6	6	0	2	6	4
7	5	2	7	2	2
8	1	3	5	4	4
9	0	1	9	5	4
10	8	0	0	5	5
11	5	1	4	3	5
12	1	4	4	9	0
13	3	3	7	3	3
14	4	4	2	3	5
15	8	2	1	7	4
16	1	1	11	6	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La soledad medida por la escala ESTE II fue una variable de riesgo ya que se encontró por la media con una puntuación de 5 en la población masculina de bachillerato. Los valores (resaltados con rojo en la tabla 20) más altos en la “escala de personalidad estudiantil tipo A” se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 8: ¿Se siente querido?
- Ítem 11: ¿Utiliza usted internet?
- Ítem 13: ¿le resulta fácil hacer amigos?

Tabla 20: Escala ESTE II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
ÍTEM	Siempre	A veces	Nunca
1	3	9	5
2	0	8	10
3	9	0	10
4	5	8	5
5	6	9	3
6	7	6	5
7	5	0	13
8	5	9	4
Factor 2: Uso de nuevas Tecnologías			
	Siempre	A veces	Nunca
9	13	1	5
10	4	5	8
11	11	6	1
Factor 3: Índice de Participación Social Subjetiva			
12	6	7	5
13	7	10	1
14	7	0	14
15	7	1	10

Tabla: Escala ESTE II de Soledad Social

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable resiliencia medida por el BRS tuvo una puntuación general de 5, situándose en la media fue una variable de protección para la población masculina de bachillerato. Los valores principales en la BRS se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 2. Paso un tiempo difícil al tratar de atravesar situaciones estresantes.
- Ítem 6. Tiendo a tomarme bastante tiempo para superar los contratiempos en mi vida.

Tabla 31: FRECUENCIA, Brief Resilience Scale (BRS).

ÍTEM	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	Deacuerdo	Totalmente deacuerdo
1	5	0	1	5	7
2	4	4	11	0	0
3	8	6	3	0	0
4	8	3	1	7	1
5	1	4	4	0	9
6	3	5	7	0	3

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La variable del consumo de drogas medida por el ASSIST fue una variable de protección, su puntuación estuvo por debajo de la media, esta puntuación fue la de 0, la misma que se pudo observar en la tabla 6 con un “nunca” de respuesta en todos los ítems.

Tabla 22: Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test (OMS ASSIST V3.0)

ÍTEM	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	18	0	0	0	0
2	16	1	1	0	0
3	17	0	1	0	0
4	14	3	1	0	0
5	15	2	1	0	0
6	13	6	0	0	0
7	15	2	1	0	0
8	18	0	0	0	0
9	13	4	1	0	0
10	14	1	1	0	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

Las variables de ansiedad y depresión fueron variables de protección, éstas variables medidas por el PHQ-9 se ubicaron con una puntuación de 3 estando así con una puntuación por debajo de la media. Los valores más altos en el PHQ-9 correspondientes al género masculino se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 1: poco interés o agrado al hacer las cosas.
- Ítem 7: Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.
- Ítem 9: Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

Tabla 23: FRECUENCIA, The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

ÍTEM	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	6	9	2	0
2	8	7	6	0
3	8	8	3	0
4	8	7	3	0
5	6	0	6	2
6	9	5	4	0
7	8	9	3	0
8	7	3	9	0
9	9	7	5	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación

La SWLS midió lo que es la variable de satisfacción vital, la misma que fue una variable de protección en la población masculina de bachillerato, ésta se situó sobre la media con una puntuación de 7. Los valores más altos en el SWLS se presentaron en los siguientes ítems:

- Ítem 1: En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.
- Ítem 3: Estoy satisfecho con mi vida.
- Ítem 5: Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.

Tabla 24: FRECUENCIA, Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

ÍTEM	1 Totalmente en Desacuerdo)	2	3 (Neutro)	4	5 (Muy de acuerdo)
1	0	1	0	14	3
2	2	2	13	0	1
3	0	2	0	14	3
4	2	0	11	12	4
5	0	1	9	8	0

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

Elaborado por: Equipo de Gestión del Programa de Investigación.

3.2. Discusión de los Resultados Obtenidos.

La primera variable objeto de estudio es el estrés, la misma que es medida por el Perceived Stress Scale con sus siglas en inglés PSS-14. Schmitz & Hipp (2007) afirman que “los adultos de éxito de hoy son quienes aprenden a responder correctamente a la tensión por medio de formas auto-educativas, creativas y asertivas” (p.22). Por lo que el manejo del estrés en los adolescentes es necesario para una adultez equilibrada. En la investigación la variable estrés cuenta con una puntuación de 5, 4 para hombres y 5 para mujeres, la puntuación obtenida refleja que es una variable de riesgo que permanece en la media, lo ideal sería que permaneciera por debajo de la media la variable de estrés percibido.

La flexibilidad psicológica es una variable que mide como la persona acepta y cambia su entorno, Hayes (citado por Ciarrochi, Bilich, & Clair Godsell, 2010) comenta que el AAQ-II está diseñado para evaluar el nivel de flexibilidad psicológica, que es, la capacidad o habilidad para contactarse con el momento presente con sus pensamientos y sentimientos sin necesidad de defensas. En la investigación tenemos una puntuación de 4 colocándola así como una variable protectora ya que está por debajo de la media, esta puntuación es igual en ambos sexos.

El consumo de alcohol es una variable que tiene múltiples formas de explicación. Así la Universidad de Deusto (2015) habla de que:

El binomio alcohol y adolescencia es una preocupación que aparece cíclicamente en el interés social. En algunas ocasiones se visibiliza como un problema de orden público, en otras se acentúa como un problema educativo, en otras ocasiones de siniestrabilidad y conflictividad social y últimamente coge fuerza la visión de salud pública. (p.17)

En el caso de la investigación realizada se ve que el consumo prudente sobrepasa al consumo de riesgo, al consumo perjudicial y al síndrome de dependencia, de tal modo que en el consumo prudente se tiene una puntuación de 7, que la convierte en una variable de protección, también se puede observar que el síndrome de dependencia es de 0%, aunque las cifras son alentadoras no se debe olvidar que el consumo de alcohol es prohibido para menores de edad y no es posible en este sentido que incluso el consumo prudente sea visto como algo positivo, en todo caso se sabe que a pesar de que no existe un consumo excesivo si lo existe de manera mínima y que corresponde al 26% de la población estudiada.

Robbins y De Censo (2009) afirman que la personalidad tipo A se refiere a personas que tienen la sensación crónica de urgencia y un impulso excesivo por competir, tampoco disfrutaban de su tiempo libre. De este modo también se puede observar que existe estudiantes altamente competitivos, el hecho de que sean competitivos no es de por si malo,

lo inadecuado es que se produzcan tensión y estrés a sí mismos por tratar de sobresalir ante los demás, y cuando esto no sucede lo que genera en la persona es frustración y ansiedad por no haber cumplido una meta, que era incluso demasiado ambiciosa para llevarla a cabo. En la investigación realizada se observa que la variable de personalidad tipo A es de protección ya que está por debajo de la media, la puntuación en el análisis de datos generales es de 4 en ésta variable, existe una diferencia de dos puntos en lo que respecta al análisis por sexos, los hombres poseen una puntuación de 5 mientras que las mujeres una puntuación de 3. Aunque en los datos generales se la tome como una variable de protección se puede observar que esta aseveración no es equiparable al sexo masculino ya se encuentra en la media y por lo tanto es una variable de riesgo para el sexo masculino.

En la variable soledad usamos la Escala ESTE II de Soledad Social, la puntuación en el análisis general es de 5, al estar en la media se la considera una variable de riesgo, en el análisis de datos con respecto al género masculino se tiene una puntuación de 5 al igual que en el sexo femenino. Un deterioro en nuestras relaciones sociales también conlleva un deterioro físico-psíquico que afecta la calidad de vida de las personas por lo que debemos tratar de disfrutar unas relaciones sociales ricas y sanas.

Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas, es la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, el desarrollo de fuertes sentimientos de empatía y afecto por otros seres humanos y lograr un sentimiento de intimidad, así como dar orientación y guía a otros. Ryf & Singer (citado por Oblitas, 2010, p.331)

La resiliencia medida por el Brief Resilience Scale (que en español significa escala corta/reducida de resiliencia) muestra un puntaje de 6, es una variable de protección ya que en este caso un mayor puntaje es sinónimo de mayor resiliencia, es una de las variables que tiene más puntaje en la investigación. Las mujeres superan a los hombres por un punto en esta variable ya que ellas tienen 6 puntos y los hombres 5. La resiliencia es uno de esos temas en psicología que hacen énfasis en la salud más que en la enfermedad, se enfoca sobre todo más en la solución que en el problema, Siebert (2007) menciona al respecto que:

Cuando la vida de las personas con resiliencia sufre una interrupción, éstas manejan sus sentimientos de manera saludable. Se permiten sentir pena, ira, sensación de pérdida y confusión mientras están dolidos y angustiados, pero no dejan que esto se convierta en sentimientos permanentes. El resultado inesperado es que no sólo lo superan, sino que a menudo salen más favorecidos que antes. (p.18)

Alrededor de un 60% por ciento de los estudiantes investigados poseen un alto grado de resiliencia lo cual les va a ser de gran ayuda en su vida, como todos ellos tendrán que sobreponerse a las contingencias del destino, con la resiliencia que poseen se les hará más fácil reponerse ante hechos traumáticos o estresantes.

El consumo de drogas en nuestros investigados casi es nulo, el consumo diario que han reportado es de cero por ciento, hay un consumo mínimo en un período de tiempo más prolongado. El instrumento a utilizar es el ASSIST, éste instrumento creado por la OMS proporciona información de los hábitos de consumo de los participantes y también ofrece pautas sobre cómo actuar ante determinados casos de adicción. En ambos sexos se ha observado un porcentaje bajo en lo que respecta al consumo diario, siendo que en las mujeres es apenas de 1 y en los hombres es inexistente, o sea de 0. Nuestros participantes no han mostrado un vínculo fuerte con el consumo de drogas lo cual sería lamentable ya que como menciona Rossi (2008), las estadísticas indican que el 78% de los adictos ha delinquido fuera del ámbito familiar y un 92% ha delinquido incluyendo el ámbito familiar (...) el adicto causa más accidentes de tránsito, laborales y hogareños que una persona normal. (p.84)

La Ansiedad y depresión medida por el PHQ-9 presenta una puntuación de 4 lo que la convierte en una variable de protección. La ansiedad es una respuesta anticipada a algún evento que todavía no ocurre pero causa ciertos síntomas que nos preparan la respuesta “pelear-huir” (Sue, Sue y Sue, 2010, p.117). La respuesta anticipada a largo plazo puede generar un estrés crónico que afecta la vida del individuo llegando también a producir depresión, por el desequilibrio que ésta produce. Con respecto a la depresión SAMHSA (citado por Papalia, Wendkos y Duskin, 2009) dice lo siguiente: menos de la mitad (40%) de adolescentes que experimentaron depresión mayor recibieron tratamiento. Aquel hecho es lamentable ya que muchos de ellos requieren una seria ayuda de parte de un terapeuta debido a que en episodios de depresión mayor existen ideas sobre suicidio y otras conductas que el depresivo mantiene a pesar de que no tengan mucha coherencia. En los datos esta investigación la variable es mayor en las mujeres que en los hombres, siendo que ellas tienen un puntaje 5 y ellos uno de 3, por lo que esta variable es una variable de riesgo para el sexo femenino.

La Escala de Satisfacción con la Vida (o SWLS por sus siglas en inglés) es la variable con mayor puntaje en esta investigación reportando un 7 en el análisis general de datos, supera a la media y está dos puntos por encima de ella. Es una variable de protección que tiene que ver con la autoevaluación que el individuo hace de su propia vida en los diferentes aspectos de esta. Kapteyn, Smith & Van Soest (2009) afirman que la satisfacción vital está muy bien descrita por cuatro dominios: trabajo o actividades diarias, contactos sociales o familia, la salud y por último el salario. .

Nuestros sujetos de investigación al tener el puntaje mencionado dan a entender que tienen una buena percepción de lo que ha sido y es su vida, están contentos con sus logros

personales y por lo tanto satisfechos consigo mismos. Se puede observar el género masculino sobrepasa por aproximadamente un punto al género femenino ya que ellos tienen una puntuación de 7 y ellas una de 6, por lo que el sexo masculino se ve favorecido por una pequeña diferencia en esta variable de protección.

CONCLUSIONES

- Las variables psicosociales asociadas a la salud mental demuestran tener una relación directa con los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, del año lectivo 2014-2015 en la zona 9, cantón Quito, distrito educativo norte, N° de circuito 6, acuerdo ministerial 00065 A- 15.
- Las variables protectoras más relevantes son la resiliencia y la satisfacción vital, mientras que las variables de riesgo que mayormente afectan a la población estudiada son el estrés y la soledad social.
- la resiliencia y la satisfacción vital (variables de protección) poseen un puntaje que sobrepasa a la media de la muestra poblacional. Las variables estrés y soledad social (variables de riesgo) se mantienen en la media poblacional.
- Con respecto al consumo de alcohol y otras drogas medidos por el AUDIT y el ASSIST, se encontró que existe una tendencia desfavorable por parte de los estudiantes de primero y segundo de bachillerato hacia el consumo de alcohol y drogas.
- Las diferencias de género en las variables de investigación son pequeñas, se puede observar que en la mayoría de las variables existe una desviación estándar de aproximadamente un punto o dos entre el sexo masculino y femenino.
- Es posible describir las variables psicosociales con una población homogénea en un tiempo y espacio determinado de manera que se puedan estandarizar los resultados.
- El informe de resultados lo posee la institución investigada y está listo para ser tomado en cuenta como punto de referencia para futuros programas preventivos y de capacitación al docente.
- Existe una correlación inversa en las variables de riesgo (consumo de drogas y alcohol) con respecto a las variables de protección (resiliencia y satisfacción vital). Se puede observar un porcentaje alto en las variables resiliencia y satisfacción vital, mientras que hay un porcentaje mínimo en las variables de riesgo consumo de alcohol y uso de otras drogas. Esto indica que incrementando o desarrollando las variables de protección en los estudiantes se reducirán las variables de riesgo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los planteles educativos iniciar un programa de prevención primaria teniendo en cuenta que las variables de riesgo a considerar son el sentimiento de soledad subjetivo y la personalidad tipo A. Con respecto a la personalidad tipo A se puede mencionar que este tipo de personalidad se acentúa en un contexto que está orientado sólo a logros (o resultados finales), si bien los logros y triunfos son algo deseable, no se debe perder de vista que el proceso educativo por sí mismo es valioso en cada instante. Los alumnos deberían estudiar no solo para obtener una buena calificación, sino también por la satisfacción que subyace al proceso educativo.

En el caso del sentimiento de soledad subjetiva, se puede observar que en la sociedad moderna el individuo se aísla cada vez más de la comunidad, en parte por el uso de las nuevas tecnologías que restan tiempo a la interacción “cara a cara” con las demás personas, por otro lado, la cultura minimiza la importancia de los valores prosociales con el mensaje implícito de que lo que más importa son los intereses personales, de manera que el individuo se convierte en alguien egocéntrico, aislado y ajeno al mundo que le rodea y por lo tanto con un sentimiento de soledad. Otro tipo de soledad se produce a causa de una deficiencia en las habilidades internas del sujeto para interactuar con las demás personas, en este tipo de soledad el individuo no posee habilidades sociales que le ayuden a crear buenas relaciones interpersonales. La recomendación para evitar el sentimiento de soledad es desarrollar conductas y valores prosociales en los estudiantes, no enfatizar el individualismo y el egocentrismo en las tareas llevadas a cabo por ellos. En el contexto educativo se deberían promover actividades de dispersión en las que se enfatice el sentimiento de pertenencia a un equipo o comunidad mediante el trabajo en conjunto.

En cuanto al consumo de drogas, las autoridades de los planteles educativos deben estar atentas al consumo de alcohol y otras drogas en los estudiantes, así mismo recordar que el uso habitual de las drogas de entrada (alcohol, tabaco, marihuana) está fuertemente relacionado con el uso de otras drogas con un potencial de adicción superior. Se debe concientizar a los padres de familia para que ellos mismos sean el ejemplo para sus hijos, lo que en psicología conductual se llama modelado. Las familias de los estudiantes deben tratar de que el alcohol no intervenga en los eventos como si fuera una obligación disponer de éste para celebrar ocasiones especiales, se puede disfrutar e interactuar en eventos sociales sin la necesidad de consumir alcohol. La sociedad y las autoridades de los planteles educativos deben poner énfasis en las campañas preventivas contra el consumo de drogas ya que éstas tienen una gran repercusión en la calidad de vida de las personas y en la forma de cómo se manejan los individuos en el mundo.

El rendimiento académico no solo depende de las horas de estudios a las que se dedique un estudiante, también depende en gran medida de su calidad de vida, en los individuos que poseen una buena calidad de vida no se encuentran: el uso de drogas, el estrés sostenido, relaciones sociales pobres, inflexibilidad psicológica ni intolerancia al cambio. Lo que se encuentra es una mayor capacidad para adaptarnos al cambio, un manejo positivo del estrés, unas relaciones sociales interpersonales que enriquezcan a la persona, una concepción positiva de nuestra vida y un compromiso con el proyecto que es la propia existencia de cada uno. Las drogas son un obstáculo para el buscador de la verdadera felicidad. Es una obligación de la institución siempre estar al día con lo que respecta a las variables de riesgo que provocan una salud y rendimiento escasos en los estudiantes.

Las variables de protección deben mantenerse y seguir desarrollándolas con el propósito de dar una educación que no solo enseñe a razonar sino que también enseñe a vivir de una forma sana y responsable con el entorno.

Es importante la difusión de los resultados obtenidos a toda la comunidad educativa, la obligación de las autoridades y los padres de familia es dar a conocer la información proporcionada a la institución educativa para que no se convierta en "letra muerta" el trabajo investigativo realizado. La información que se tiene al respecto es extensa y se puede sacar provecho de ella movilizándola hacia fines concretos como los ya mencionados programas de prevención, capacitación y difusión de los datos recolectados en la investigación.

Es adecuado entablar un diálogo en la institución educativa con respecto al tema, pero, también es enriquecedor aprender de las experiencias de otras instituciones educativas en las que se hayan dado modos de acción diferentes con respecto a los programas preventivos y de capacitación. Por eso se alienta a las instituciones educativas a mantener una comunicación entre ellas, para aprender mutuamente y comparar resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, I., & Catalán, A. (2005). Influencia del entorno social en el desarrollo de las capacidades de los o las adolescentes. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xGdv6Pcqym8J:medicina.uch.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%25202005/Influencia_del_entorno_social_en_el_desarrollo_de_los_adolescentes.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&client=firefox-b-ab
- Allport, G. (1985). La personalidad: su configuración y desarrollo. España: Herder.
- Alulema, M., & Orbe, G. 2015. Nivel de estrés percibido y la asociación con fenómeno ansioso y depresivo en el personal médico e internos rotativos en los distintos servicios del hospital IESS Carlos Andrade Marín y el hospital de especialidades n° 1 de las fuerzas armadas en el período de septiembre a diciembre de 2014 (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- American Psychiatric Association. (2010). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV. Barcelona, España.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. New York, United States of America: Guilford publications.
- Bandura, A. (1999). Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. España: Desclée De Brouwer.
- Biglan, A. (2009). Increasing psychological flexibility to influence cultural evolution. Behavior and social issues, 18, 15-24.
- Bulbena, A., Casquero, R., De Santiago, M., Del Cura, M., Días, P., Fontecha, M.,...Torralba, V. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en atención primaria. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Chinchilla, A. (2008). La depresión y sus máscaras. Madrid, España. Médica Panamericana.

Ciarrochi, J. Bilich, L., & Godsel, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In Ruth Baer's (Ed), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*. (pp. 51-76). New Harbinger Publications, Inc.: Oakland, CA.

Conservatorio Nacional de Música. (2016). Historia. Recuperado de http://www.conamusi.edu.ec/?page_id=141

Córdova, D., & Irigoyen, E. (2015). Estrés y su asociación en el rendimiento académico en los estudiantes de la facultad de medicina desde primero a octavo nivel de la PUCE, sede Quito en el período correspondiente de enero a mayo 2015 (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Dobbs, D. (2011, 4 de octubre). Cerebros hermosos. *National Geographic*. 29, p.20.

El suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de entre 12 a 17 años. (2014). El telégrafo. Recuperado de <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/el-suicidio-es-la-segunda-causa-de-muerte-entre-jovenes-de-12-a-17-anos.html>.

Enciclopedia Británica en Español. (2009). La familia: concepto, tipos y evolución. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xFeEsZ7ygv4J:cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%25204/lec_42_LaFam_ConcTip%26Evo.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&client=firefox-b-ab

Erickson, E., (2004). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo xxi editores.

Feinstein, S. (2013). *Secrets of the teenage brain: research-based strategies for reaching and teaching today's adolescents*. New York: Skyhorse publishing.

Fernández-Ballesteros, R. (2010). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid, España: Pirámide.

Forés, M., & Grané, O. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos*. Madrid: Narcea.

Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. España: Herder.

- García, A. (2009). Los cambios de la sociedad post-industrial y sus principales características. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/ced/10/amgg3.htm>
- García, J., Delval, J., Sánchez, I., Herranz, P., Gutiérrez, F., Delgado, B.,...Rodríguez, M. (2010). *Psicología del desarrollo I*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- García de buen, J., Gómez-Mascaraque, F., & Barbolla, J. (2013). *Guía didáctica para el profesor: Atención sanitaria inicial en situaciones de emergencia*. Madrid, España: Arán ediciones.
- Gardner, H. (2011). *Frames of mind: the theory of multiple intelligences*. New York: Basic books.
- Godoy, R. (2016). *Disputa y construcción de sonidos legítimos: La fundación del primer conservatorio nacional (Tesis de pregrado)*. Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Hedaya, R. (2010). *The teenager's brain: do you understand your teenager's thoughts*. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/health-matters/201006/the-teenagers-brain>
- Hernández, I., & Gutiérrez, L. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. Universidad de Guadalajara, México.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2008). *Desarrollo humano: Una perspectiva del ciclo vital*. México D.F., México: Cengage learning.
- Kapteyn, A., Smith, J., & Van Soest, A. (2009, Febrero). *Life satisfaction*. Bonn, Alemania: The institute for the study of labor (IZA).
- Kashdan, T., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 865-878. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Leimon, A., & MacMahon, G. (2014). *Psicología positiva para dummies*. España: Grupo planeta.

- Lerma-Cabrera, J., Steinebach, P., Carvajal, F., Ulloa, V., Cid-Para, C. & Langer, A. (2015). Factores de riesgo asociados al consumo problemático de alcohol en la adolescencia: el rol preventivo del mindfulness. *Psychology, Society, & Education* 2015, 7(1), 57-69.
- Lledó, A., Grau, S., & Ferrández, M. (2006). La detección y atención educativa en los trastornos generalizados del desarrollo: autismo y síndrome de asperger. España: Editorial club universitario
- Llobet, V. (2005). La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión: Herramientas para la transformación. Argentina: Ediciones Novedades Educativas.
- Macías, A., (2008). Instrumentos de investigación: Escala de personalidad estudiantil tipo A. México, Durango: Universidad de Durango.
- Mas, F. (2012). Temas de investigación comercial. Alicante, España: Editorial club universitario.
- Masi, C., Chen H., Hawkey L., & Cacioppo J. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. doi: 10.1177/108886831037739
- Mir, M., Batle, M. & Hernández, M.(2009). Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera infancia. *Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*, 1(1), 45-68.
- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009, 22 de noviembre). Teorías de la personalidad: un análisis histórico del concepto y su medición. *Psicología avances de la disciplina*, 3(2), p.85.
- Mora-Gallegos, A., & Salas, S. (2014). Modelos animales de miedo y ansiedad: descripciones neuro-conductuales. *Actualidades en psicología*. 28(117), 1-12.
- Moreira, V., Sánchez, A. & Mirón, L. (2010). El grupo de amigos en la adolescencia; relación entre afecto, conflicto y conducta desviada. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Z3YegHWoRMcJ:www.uv.es/seoane/boletin/previos/N100-1.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&client=firefox-b-ab>

- National Institute of Mental Health. (2011). The teen brain: still under construction. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-teen-brain-still-under-construction/index.shtml>
- National Institute on Drug Abuse. (2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf.
- Oblitas, L., (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. Querétaro, México: Cengage Learning.
- Oliva, A., Hidalgo, V., Martín, D., Parra, A., Ríos, M., & Vallejo, R. (2007). Los cambios durante la adolescencia. Sevilla: Junta de Andalucía, consejería de salud.
- 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. (2006). Violencia juvenil y alcohol. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/violenciaJuvenil.pdf>.
- Palacios, G., & Ulloa, F. (2010). Crisis bancaria 1999, crisis financiera mundial 2008, y sus efectos causados en la emigración y remesas del Ecuador (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2007). Psicología del niño. Madrid: Ediciones Morata.
- Proctor, C., Linley, P., & Maltby, J. (2009, Octubre). Youth life satisfaction: a review of the literature. *Journal of happiness studies*, 10, 583-630. doi: 10.1007/s10902-008-9110-9
- Psiquiatría (Edgmont). (2007). Social support and resilience to stress. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/>

- Puerta, O., & Rendón, C. (Febrero, 2015). Ruut Veenhoven. En A. Velásquez (Directora), Congreso Internacional nuevo mundo. Congreso llevado a cabo en el II congreso internacional nuevo mundo, Colegiatura colombiana-institución universitaria, Medellín, Colombia.
- Reza, H. (2011). The role of self-esteem in tendency towards drugs, theft and prostitution. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905528/>
- Robbins, S., & De Censo, D. (2009). Fundamentos de administración: conceptos esenciales y aplicaciones. México: Pearson Educación.
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (2009). Familia y desarrollo humano. España: Alianza Editorial.
- Rodríguez, C., & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 390-403.
- Rossi, P. (2008). Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones. Madrid, España: Editorial Tébar.
- Salvaggio, D., & Sicardi, E. (2014). La personalidad. Universidad de ciencias empresariales y sociales: Buenos Aires.
- Schmitz, C. & Hipp, E. (2007). Como enseñar a manejar el estrés. México: Editorial Pax.
- Siebert, A., (2007). La resiliencia: construir en la adversidad. Barcelona, España: Alienta editorial.
- Siegel, D. (2014). Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente. Barcelona, España. Alba.
- Skinner, B. (2002). Beyond freedom and dignity. Indianapolis, United States: Hackett publishing company.
- Stassen, K. (2007). Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia. Barcelona, España: Médica Panamericana.

- Sue, D., Wing, D., & Sue, S., (2010). *Psicopatología: comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage learning.
- Tiziani, A. (2011). *Harvard, Fármacos en enfermería*. México, D.F.: El manual moderno.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Toro, D.C., Paniagua R.E., Gonzáles, C. M., & Montoya, B. (2009/Sep.). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 27(3): 302-308.
- Un promedio de dos personas se suicidan al día en Ecuador. (2011, 28, 02). *El universo*. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/2011-702/28/1/14447/un-promedio-dospersonas-suician-dia-ecuador.html>.
- Universidad de Deusto. (2015). *Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes: Una mirada ecológica*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Universidad Iberoamericana. (2015). *Orientación y psicoterapia: retos ante el envejecimiento*. México, D.F.: El manual moderno.
- Veenhoven, R. (2014, Abril). *Making social conditions for human happiness: Ruut Veenhoven at TEDxUtrecht*. [serie de television]. Utrecht: TEDx Talks.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G., & Villaseñor, S. (2005, 10 de noviembre). Los trastornos de ansiedad. *Revista digital universitaria*. 6(11), p.3-11.

ANEXOS

ANEXO 1

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor. Versión completa (14 ítems)

Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Versión 2.0

APÉNDICE B

Folio: _____

AAQ-II (YUC)

19

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7					
Completa- mente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuente- mente cierto	Casi siem- pre cierto	Completa- mente cierto					
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.					1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.					1	2	3	4	5	6	7
Evito o escapo de mis sentimientos.					1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.					1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.					1	2	3	4	5	6	7
Mantengo el control de mi vida.					1	2	3	4	5	6	7
Mis emociones me causan problemas en la vida.					1	2	3	4	5	6	7
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.					1	2	3	4	5	6	7
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.					1	2	3	4	5	6	7
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.					1	2	3	4	5	6	7

Los reactivos 1, 6 y 10 se suman de forma inversa; es decir, el 7 equivale a 1 y viceversa.

Nota. Para el uso o la traducción de este instrumento es necesario solicitar permiso al autor (hayes@unr.edu).

AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos *una bebida* se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas *una bebida*:

 12 oz. de cerveza (aprox. 5% de alcohol)	=	 8-9 oz. de licor de malta (aprox. 7% de alcohol)	=	 5 oz. de vino (aprox. 12% de alcohol)	=	 1.5 oz. de alcohol (aprox. 40% de alcohol)
--	---	--	---	---	---	--

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
Total						

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio www.who.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

- Orientación al trabajo (Implicación en el trabajo o compromiso máximo con el trabajo): ítems 1, 6, 7, 8, 11 y 13.
- Competitividad (necesidad de reconocimiento): ítems 2, 9, 14, 15 y 16.
- Impulsividad/impaciencia (urgencia de tiempo): ítems: 3, 4, 5, 10 y 12.

Escala de Personalidad Estudiantil Tipo "A"

Instrucciones: señala con una **X** la **frecuencia** (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre o siempre) con que se presente cada situación en tu caso personal.

ITEMS	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Te sientes con la obligación de terminar todos tus trabajos escolares una vez que los has comenzado.					
2. Te gusta competir con los compañeros de tu clase					
3. Te molesta tener que esperar a tus compañeros cuando se reúnen a realizar un trabajo por equipo					
4. Te sientes muy presionado por llegar puntual a la clase					
5. En el horario fuera de clases te sientes presionado por el trabajo escolar					
6. Utilizas el fin de semana para realizar tus trabajos escolares.					
7. Te interesan muchos de los temas a trabajar durante las diferentes clases					
8. Tomas tus compromisos escolares muy en serio					
9. Te interesa el reconocimiento de tus compañeros y del maestro cuando participas en clase.					
10. Te molesta cuando el maestro no organiza su exposición y se dispersa en su explicación.					
11. Eres muy cuidadoso con los detalles de los trabajos escolares que realizas					
12. Te molesta tener que esperar al maestro para iniciar la clase					
13. Crees que si te esfuerzas puedes lograr un mejor desempeño escolar					
14. Cuando realizan exposiciones por equipos buscas que tu equipo sea el mejor.					
15. Cuando participas en clase sueles hacerlo de manera rápida buscando concreción					

16. Te gusta demostrar o exhibir ante los demás tus logros académicos					✓	
---	--	--	--	--	---	--

Referencias

- Barraza Macías Arturo (2007), Construcción y validación inicial de la Escala de Personalidad Estudiantil Tipo "A", *Revista Electrónica de Psicología Científica.com*
- García Cadena Cirilo (2006), "La medición en ciencias sociales y en la psicología" en *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*, de René Landeros Hernández y Mónica T. González Ramírez (comp.), México, Trillas.

INED

4. La Escala Este II de Soledad Social.

La Escala Este II (Tabla 1) está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Tabla 1: Escala ESTE II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL			_____ Pts.

ANEXO 6

ESCALA DE RESILIENCIA CORTA

(Adaptación al español del "Brief Resilience Scale -BRS-" por Zambrano Iván)

Por favor responda a cada ítem marcando con un visto para cada fila	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Soy propenso a recuperarme rápidamente después de situaciones complicadas					
2. Paso un tiempo difícil al tratar de atravesar situaciones estresantes					
3. No me toma mucho tiempo recobrar de situaciones estresantes					
4. Es difícil para mí recurrirme rápido cuando algo malo sucede					
5. Es usual para mí atravesar situaciones difíciles sin muchos problemas					
6. Tiendo a tomarme bastante tiempo para superar los contratiempos en mi vida					

Puntuación: Sume las respuestas que varían de 1 al 5 para cada ítem, éstas tienen un rango de 6 al 30. Divida la suma total por el número de repuestas respondidas (que es 6).

Mi Puntuación es:/6 =

ANEXO 7

OMS - ASSIST V3.0



¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

PHQ-9: Hoja de registro de puntuación

Nombre del
paciente _____

Fecha _____

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1 a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
2 b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
3 c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
4 d. Se siente cansado o tiene poca energía.				
5 e. Tiene poco o excesivo apetito.				
6 f. 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.				
7 g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
8 h. 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.				
9 i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				
Totales				

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

Copyright de Pfizer Inc., pero puede ser fotocopiado a voluntad

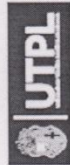
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)
(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5



Anexo 2



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: _____
 Los datos deben ser los reales, y marcar con una X en el cuadro la respuesta que mejor describe su realidad.

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	2. Edad:	_____ años
3. País:	_____ (Ecuador)		4. Alínea:	_____ km
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"/> Físico	<input type="checkbox"/> Particular		
7. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Otro _____	
8. Ocupación principal:	<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo		<input type="checkbox"/> Si su respuesta es escuela y trabajo, ¿Cuántas horas y a qué trabajo? _____	
9. Zona donde vive:	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Rural		
10. ¿Quiénes viven con usted?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____
			<input type="checkbox"/> Tíos	<input type="checkbox"/> Abuelos

ANEXO 11

Ubicación geográfica (Zona 9, Distrito Educativo Norte)



Fuente: Ministerio de Educación (2016)

ANEXO 12

LA INSTITUCIÓN

Institución de educación y formación artístico-musical. La estructura académica posee: Educación Inicial Básica y Bachillerato Musical.

VISIÓN:

Instaurarnos como sede de la formación especializada de bachillerato en artes-música, para la enseñanza de la música.

MISIÓN:

Desarrollar personas íntegras con competencias en música, con un enfoque inclusivo, que le permita al estudiante integrarse a la vida ciudadana, productiva y a la educación universitaria; que fortalezca la cultura y ayude al desarrollo de la nación.

OBJETIVO GENERAL:

Formar bachilleres con las competencias descritas en el currículo nacional para el bachillerato complementario en Artes-Música

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Forjar humanos con bases sólidas en las competencias de interpretación musical, con práctica en orquestas y agrupaciones.



Anexo 1 Carta de Presentación del Proyecto para Rectores

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

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

**CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO PARA RECTORES DE ESTABLECIMIENTOS
EDUCATIVOS**

Loja, Mayo 2015

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

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

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

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

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

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

Atentamente,

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

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

Carta de Autorización del Rector

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: QUITO

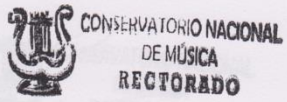
Yo, USTE ROL ESCOBAR, en calidad de Rector del colegio CONSERVATORIO NACIONAL DE MÚSICA de la ciudad de QUITO autorizo la aplicación la batería de los instrumentos psicológicos a los estudiantes del primero y segundo de bachillerato, como parte del proyecto: "Análisis de las Variables Psicosociales asociadas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

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

Atentamente.-

DIOS, PATRIA Y CULTURA.

F.-----



Fecha: 06-11-2015



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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

CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL RECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

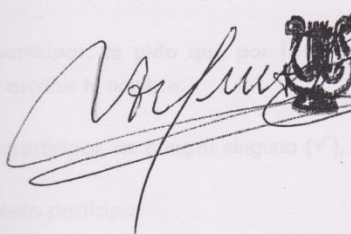

La Universidad Técnica Particular de Loja a través del Departamento de Psicología, pondrá en ejecución el proyecto denominado "Análisis de las Variables Psicosociales asociadas a la Salud Mental en los estudiantes de bachillerato del Ecuador 2015"; como parte del desarrollo del proyecto, el señor rector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

Evaluador del proyecto: Iván Zambrano

F: _____

ESTUDIANTE DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA UTPL

Nombre MSR RAÚL ESCOBAR

Anexo 5:

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

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

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

Introducción:

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

Propósito del estudio:

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

Participantes del estudio:

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

Procedimiento:

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

Riesgos e incomodidades:

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

Beneficio:

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

Privacidad y confidencialidad:

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

Aceptación de la participación:

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

CI _____

Firma del padre de familia: _____

Firma del investigador: _____

CI: _____

Fecha: _____

Anexo 6:

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

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

ASENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Grupo de investigación departamento de Psicología

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

Ciudad: _____

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

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

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

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

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma del investigador:

Fecha: _____
