



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del colegio fiscal perteneciente a la zona 7, distrito 11d07, circuito 11d07c01_b, del año lectivo 2015 – 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Palacios Lupercio, Adriana Elizabeth

DIRECTORA: Andrade Quizhpe Livia Isabel, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO MACARÁ

2016



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.
Livia Isabel Andrade Quizhpe
DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mis consideraciones:

El presente trabajo de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del colegio fiscal perteneciente a la zona 7, distrito 11d07, circuito 11d07c01_b, del año lectivo 2015 – 2016, realizado por Palacios Lupercio Adriana Elizabeth, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, diciembre de 2016.

f).....

)

ACTA DE DECLARACION Y CESION DE DERECHOS

“Yo, Adriana Elizabeth Palacios Lupercio, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato del colegio fiscal perteneciente a la zona 7, distrito 11d07, circuito 11d07c01_b, del año lectivo 2015 – 2016, de la Titulación de Psicología, siendo Mgs. Livia Isabel Andrade Quizhpe, director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales 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 técnico y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f)
Autor: Adriana Elizabeth Palacios Lupercio
Cédula: 1105104473

DEDICATORIA

El presente trabajo quiero dedicarle primeramente a Dios, porque durante este caminar EL supo derramar mucha sabiduría sobre mi camino, a mis padres que más amo y admiro en la vida por su sacrificio, consejos y por su amor brindado, a mi príncipe Iker, por darle un nuevo sentido a mi vida y a esposo por su apoyo y comprensión.

Adriana Elizabeth Palacios Lupercio.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a las autoridades y docentes de la Universidad Técnica Particular de Loja que me impartieron sus conocimientos, los cuales me han ayudado de guía en mi formación profesional.

Agradezco de manera especial a la Mgs. Livia Isabel Andrade, quien ha dirigido el trabajo que realice, con su ánimo y actitud positiva me ha motivado a realizar de mejor manera el trabajo de fin de carrera.

Mi agradecimiento a mi familia que me brindó día a día su apoyo incondicionalmente, moralmente y económicamente para hacer realidad este sueño.

Quiero también agradecer a la Institución Educativa, que hizo posible realizar el trabajo de investigación, y a todas las personas que me han ayudado de gran manera a proporcionarme información necesaria para los fines consiguientes.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

	Pág.
PORTADA	I
ACTA DE DECLARACION Y CESION DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.	VI
ÍNDICE DE TABLA	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	X
Resumen	XI
Abstract.....	XII
Introducción	1
Capítulo 1 Marco Teórico.....	3
□ TEMA UNO.- SALUD MENTAL	4
1.1.- Salud mental	4
1.1.1.- Definiciones de la salud mental.	5
1.2.- Factores Asociados a la Salud Mental	6
1.2.1.- Personalidad	6
1.2.2.- Estrés	9
1.2.3.- Apoyo social	11
1.2.4.- Flexibilidad psicológica	13
1.2.5. Compromiso vital.....	14
1.2.6. Resiliencia	15
1.2.7.- Ansiedad y Depresión	17
1.2.8.- Satisfacción Vital.....	18
□ TEMA DOS: CONSUMO DE DROGAS	20
2.1. Consumo problemático de las drogas	20

2.2. Consumo problemático del alcohol.	21
2.3 Causas del consumo de drogas	23
2.4. Consecuencias del consumo de drogas	24
□ TEMA TRES: ADOLESCENTES.....	25
3.1. Desarrollo Biológico	25
3.1.1 Fisiología de la pubertad.....	26
3.2. Desarrollo Social	27
3.3. Desarrollo Psicológico	28
Capítulo 2 Metodología	31
2.1.- Objetivos	32
2.1.1.- General.....	32
2.1.2.- Específicos	32
2.1.3.- Preguntas de Investigación	32
2.2.- Diseños De Investigación	32
2.3.- Contexto.....	33
2.4.- Población	34
2.5.- Métodos Técnicas E Instrumentos De Investigación	35
2.5.1.- Métodos.....	35
2.5.2 Técnicas	35
2.5.3.- Procedimientos	36
2.5.4.- Recursos	37
Capítulo 3 ANÁLISIS DE DATOS.....	38
3.1.- Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos	39
3.1.1.- Datos Psicosociales.	39
3.1.2.- Análisis de resultados generales.....	42
3.1.3.- Análisis de resultados respecto al género femenino.....	50
3.1.4.- Análisis de resultados respecto al género masculino.	58

3.2.- Discusión de los Resultados Obtenidos.....	67
Conclusiones	70
Recomendaciones	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
Anexos	76

ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla 1. Sexo	39
Tabla 2. Edad.....	40
Tabla 3. Año de Bachillerato	41
Tabla 4. Frecuencia (PSS - 14).....	43
Tabla 5. Frecuencia (AAQ-7).....	44
Tabla 6. Frecuencia (TYPE A).....	45
Tabla 7. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA)	46
Tabla 8. Frecuencia de Resiliencia (BRS)	47
Tabla 9. Porcentajes obtenidos. Test ASSIT	48
Tabla 10. Cuestionario de Depresión (PHQ-9)	49
Tabla 11. Frecuencia de Satisfacción de Vida (LSQ)	49
Tabla 12. Frecuencia (PSS-14).....	51
Tabla 13. Frecuencia (AAQ-7).....	52
Tabla 14. Frecuencia (TYPE A).....	53
Tabla 15. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA).	54
Tabla 16. Frecuencia (BRS).	55
Tabla 17. Porcentajes obtenidos. Test (ASSIT).....	56
Tabla 18. Cuestionario de Depresión (PHQ-9).	57
Tabla 19. Frecuencia (LSQ).	57
Tabla 20. Frecuencia (PSS-14).....	59
Tabla 21. Frecuencia (AAQ-7).....	60
Tabla 22. Frecuencia (Type A).	62
Tabla 23. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA).	63
Tabla 24. Frecuencia (BRS)	64
Tabla 25. Porcentajes obtenidos. Test (ASSIT) género masculino.....	65
Tabla 26. Cuestionario de Depresión (PHQ-9)	65
Tabla 27. Frecuencia (LSQ)	66

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Sexo	39
Figura 2. Edad.....	40
Figura 3. Año de Bachillerato	41
Figura 4. Batería con Resultados Estandarizados	42
Figura 5. Test AUDIT.....	44
Figura 6. Resultados Estandarizados Género Femenino.	50
Figura 7. Test AUDIT.....	52
Figura 8. Resultados Estandarizados Género Masculino.	58
Figura 9. Test AUDIT.....	61

RESUMEN

El trabajo de investigación denominado: “análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b”, tuvo como objetivo, analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental de los estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b.

La investigación fue de tipo descriptivo, la muestra objeto de investigación fue de 50 adolescentes de primero y segundo de bachillerato, a quienes se aplicó como técnica de recolección de datos una batería de instrumentos psicológicos constituida por un cuestionario sociodemográfico, estrés, apoyo social, tipo de personalidad, inflexibilidad psicológica, resiliencia, consumo problemático de alcohol, consumo problemático de otras drogas, ansiedad-depresión y cuestionario de satisfacción vital.

Luego del proceso de análisis de datos, se concluyó que los adolescentes poseen como variables de protección, satisfacción vital y resiliencia con valores altos, bajos niveles de: estrés, inflexibilidad psicológica, consumo de alcohol y otras sustancias; ansiedad-depresión y los factores de riesgo con altos puntajes en tipo de personalidad A y bajo apoyo social.

Palabras claves.- Adolescentes, Consumo de alcohol y drogas, variables psicosociales.

ABSTRACT

The research work entitled "Analyzes of the psychosocial variables associated with mental health in the first and second year students of Zone 7 baccalaureate, District 11D07, Circuit 11D07C01_b", aimed to analyze the distribution of psychosocial variables associated with Substance use and mental health of students in zone 7, district 11D07, circuit 11D07C01_b.

The research was descriptive, the sample of research was 50 first and second year high school students, who were used as data collection technique a battery of psychological instruments constituted by a sociodemographic questionnaire, stress, social support, type Personality, psychological inflexibility, resilience, problematic use of alcohol, problematic use of other drugs, anxiety-depression and vital satisfaction questionnaire.

After the data analysis process, it was concluded that adolescents have as variables of protection, vital satisfaction and resilience with high values, low levels of: stress, psychological inflexibility, consumption of alcohol and other substances; Anxiety-depression and risk factors with high scores on personality type A and low social support.

Keywords: Adolescents, Alcohol and drug use, psychosocial variables.

INTRODUCCIÓN

La selección de este trabajo de tesis titulado: “Análisis de la Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental en los Estudiantes de Bachillerato del Colegio Fiscal perteneciente a la Zona 7 del Ecuador, Distrito 11D07 Macará-Sozoranga, Circuito 11D07C01_b”, surge debido a que la atención prestada a la salud mental de los adolescentes en todo el mundo es insuficiente, a pesar de que este periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, es una de las etapas de transición más importantes en la vida, porque se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demanda de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento, que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social.

El Trabajo Investigativo de Fin de Titulación se encuentra estructurado de la siguiente manera:

El Capítulo I.- contiene el marco teórico que fundamenta la investigación. La definición de Salud Mental, Consumo de Drogas y la Adolescencia.

El Capítulo II.- se describe la metodología utilizada, tipo de investigación, descripción de los métodos, las técnicas y los instrumentos de la investigación, los mismos que permiten conocer las características de la población objeto de estudio, brindando propuestas efectivas, coherentes y aplicables a la realidad de nuestro medio.

El Capítulo III.- contiene la descripción y análisis de resultados y la comprobación de datos

El desarrollo de esta temática es importante, porque se trata de un problema específico, establecer las variables psicosociales asociadas a la Salud Mental y el consumo de sustancias psicotrópicas. Los adolescentes al entrar en esta etapa, tienden a sentirse estresados por tratar de ser agradables, desempeñarse bien en la escuela, llevarse bien con la familia y tomar decisiones importantes, siendo inevitable preocuparse por estas presiones, aunque estos sentimientos son normales, el llegar a sentirse muy triste, desesperanzado o sin valor alguno puede ser un signo de advertencia de un problema de salud mental. Aparte por otro lado las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intra-familiar, rechazo, padrastrós, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor), al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta.

Para dar solución al problema científico y desarrollar adecuadamente el presente trabajo investigativo se planteó como punto de partida el objetivo general, conociendo así la distribución específica de cada una de las variables. Esto permite a los Docentes atender a los alumnos e identificar de esta forma los factores de riesgo y de protección que distinguen a unos de otros, generando nuevas líneas de investigación así como la emisión de recomendaciones que pueden ser de utilidad en otros programas educativos y de promoción de la salud que desarrolla el Ministerio de Educación para fortalecer el papel protector que el establecimiento educativo debe otorgar a los adolescentes.

Durante el desarrollo del trabajo de Fin de Titulación las limitantes que existen son: la falta de colaboración de parte de los alumnos al no presentar oportunamente la autorización del representante y la complejidad de algunos ítems en los instrumentos de la batería utilizada en la investigación de diversas variables lo que ocasiona confusión en los estudiantes investigados y por ende cansancio al momento de contestar; pero a pesar de este inconveniente, se contó con el apoyo de la Directora del Establecimiento Fiscal la misma que siempre estuvo dispuesta a brindar toda su ayuda para la realización de este trabajo de investigación dirigido por la Universidad Técnica Particular de Loja, donde se establecen la prevalencia así como las razones epidemiológicas por la que los adolescentes empiezan el consumo de sustancias psicotrópicas y poder en un futuro establecer un sistema de prevención de nuevos consumidores.

Se utiliza el método cuantitativo de tipo descriptivo porque consiste en identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes, además conocer las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de la situación. Los instrumentos fueron aplicados a los alumnos de Primero y Segundo de Bachillerato del Colegio Fiscal perteneciente a la Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b. La técnica utilizada para la recopilación de la información, una batería de 10 cuestionarios formados por preguntas de opción múltiple; específicamente para determinar las variables asociadas a la salud mental y al consumo de sustancias estupefacientes, estrés, apoyo social, inflexibilidad psicológica, tipo de personalidad, resiliencia, consumo de sustancias, alcoholismo, ansiedad y depresión y satisfacción vital. Cada uno de los participantes respondió el instrumento utilizado en la investigación, recibiendo el debido respeto a su autonomía y privacidad.

Capítulo 1 Marco Teórico

▪ SALUD MENTAL

1.1.- Salud mental

Antes de definir a la salud mental es prioritario conceptualizar a la salud como tal, iniciamos mencionamos al Tribunal Constitucional, (2008) que menciona:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (Art.32).

La salud es un factor primordial en el ser humano que contribuye al desarrollo integral de los individuos mejorando sin duda alguna la calidad de vida reflejada en el entorno en el cual se desarrolla, no solo como un ente aislado sino como un motor integrador dentro de la sociedad. Por otro lado Del Bosque (1998) indica “la salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte, es la integración entre el ambientes y las persnas, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud” (Citado por Moran, 2014, p.13). Se puede hablar de grados óptimos de salud cuando exista un ambiente favorable, en donde los seres humanos se desenvuelvan potenciando sus capacidades, habilidades y destrezas.

La salud hace referencia al estado de equilibrio entre una persona y su entorno social como resultado del desarrollo de las personas o grupos sociales no como un ente individual o aislado sino más bien como un ser integrador en donde involucre su participación laboral, intelectual y de relaciones para satisfacer sus necesidades básicas. En este mismo sentido Alcántara, (2008) menciona:

La definición más influyente en la actualidad es sin lugar a duda la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su constitución, donde se afirma que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.96).

En tal sentido la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico para constituirse en un tema que atañe a todos los actores sociales, centros educativos, el seno familiar, el trabajo, el contacto diario con nuestros semejantes, donde los gobiernos cumplen un papel fundamental a través de políticas de estado eficaces que perduren en el tiempo.

1.1.1.- Definiciones de la salud mental.

La salud mental define la OMS (2013) como un: “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Citado por Alcántara Moreno, 2008, p.93)

Es por esta razón que la salud mental es primordial para mejorar la calidad de vida y el funcionamiento efectivo de las personas, incluido el bienestar emocional, psíquico y social, ayudando a determinar la forma en cómo nos relacionamos con otras personas y su entorno procurando el bienestar de toda la sociedad, Además la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, sino que también implica un estado mental positivo, que se concreta en un modo de pensar compasivo hacia nosotros mismos y hacia los demás.(...). (Vasquéz y Hervás 2015, p.34). La salud mental es preponderante en todas las etapas de la vida desde la niñez, adolescencia hasta llegar a la adultez.

En el Ecuador la importancia de la asistencia psicológica para garantizar la estabilidad física y mental, en lo relacionado al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes entre otras sustancias que generan dependencia son aspectos importantes que se consideran como políticas de Estado. Es debido a esta razón que el Tribunal Constitucional, (2008), enfatiza:

Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. (Art. 364)

Por consiguiente se hace imperante la creación de una política pública de salud mental que permita mejorar el bienestar emocional, psíquico y social de las personas en el Ecuador, tal y como se lo menciona en el Artículo 364 de la Constitución, la misma que ayudaría a mejorar los niveles de vida, logrando así la integración a la sociedad en la cual se desenvuelven, para disfrutar del bienestar individual y participar en el progreso común.

1.2.- Factores Asociados a la Salud Mental

Los factores psicosociales, conductuales y biológicos recaen de manera directa en los problemas de salud y de forma transversal los factores ambientales y genéticos

Dentro de los factores psicosociales esta la personalidad, el estrés, autoestima, redes de apoyo social entre otros; en lo que refiere a los factores conductuales esta el consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de sustancias estupefacientes entre otras y como factores biológicos tenemos los distales y proximales

1.2.1.- Personalidad

La personalidad es uno de los términos más estudiados a lo largo de la historia de la psicología, debido a que muchos psicólogos han realizado diversas definiciones tanto populares como científicas. Empezaremos realizando el análisis de este tema tomando como punto de partida la definición brindada por Esbec y Echeburúa, (2011) quienes manifiestan que la personalidad es: “La forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás” (p.1-11).

Por otra parte mencionaremos a Besada (2007) quien define a la personalidad como:

Una estructura dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su apropiado ajuste al medioambiente, su conducta y su pensamiento característico, además esta constituido por un sinnúmero de características propias y aprendidas que forman al sujeto, diferenciándolo de los demás.(p.3)

Continuando con esta mismo tema Solomon, (2008) menciona que: “la personalidad se refiere a las características psicológicas únicas de un individuo, y como estas afectan de manera consistente la forma en que una persona responde a su entorno” (p.196)

Al tomar como referencia los conceptos de los tres autores citados se puede apreciar que existe cierta similitud, al referirse a la personalidad como el conjunto de características tanto físicas, genéticas y sociales que posee cada uno de los individuos lo que hace de cada uno de ellos seres únicos que responderán de manera diferente ante estímulos que se les presente especialmente cuando se trate de interactuar con más personas o desenvolverse en su entorno habitual sea este su trabajo, estudio o familia.

1.2.1.1.- Componentes de la personalidad

La personalidad esta conformada por dos componentes o factores: el temperamento y el carácter. Seelbach, (2013) los define a continuación:

Temperamento.- Todas las personas poseen una herencia genética es decir características que se heredan de los padres. El temperamento es un componente de la personalidad porque determina ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales. Carácter.- Se denomina carácter a las características de personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos es decir se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan, forman parte del carácter las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje son solamente algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad. (p.9)

1.2.1.2.- Factores personales

1.2.1.2.1.- Personalidad del individuo

En la personalidad existen dos patrones de conducta llamados patrones específicos: patrón de la conducta tipo A se presenta en personas que necesitan constantemente conseguir logros cada vez más importante, necesita sentir que poseen el control de todas sus tareas en las que están presentes son competitivos agresivos muy ambiciosos e irritables están en alerta constante, no les gusta delegar responsabilidad y sienten gran preocupación por la puntualidad y el patrón de conducta tipo B que se presenta en personas que no son competitivas, poco ambiciosas no agresivas prefieren el trabajo en equipo, delegan responsabilidades, no les gusta vivir pendientes de horarios y disponen a menudo de su tiempo libre. (Comín, De la Fuente y Gracia, s.f, p.16)

1.2.1.2.2. Otra clasificación de la personalidad

Cicloide o cíclica se presenta en individuos que tienen grandes oscilaciones entre la exaltación y la depresión, pasan de la alegría a la tristeza, de la actividad a la fatiga o del cariño al odio con gran facilidad. Compulsiva la encontramos en sujetos muy tenaces críticos con su trabajo y su entorno muy escrupulosos en el trabajo llegando incluso a la obsesión. (Comín Anadón, De la Fuente Albarrán, y Gracia Galve , s.f, p.17)

1.2.1.3.- Teorías de la personalidad.

1.2.1.3.1.- Enfoque psicoanalítico.

Freud (1958) describe tres estructuras: el ello, el yo y el superyó; en la que cada una de ellas sirve a una función diferente. Para describirlos con mayor claridad Cloninger, (2003) los define de la siguiente manera:

El ello está presente ya al nacer constituido por necesidades básicas: hambre, sed y la sexualidad a los cuales Freud los llama instintos de vida y de muerte y son la base de todo comportamiento humano a lo largo de toda la vida.

El yo o el ego se desarrolla poco después del nacimiento. Opera al principio de la realidad por lo cual una persona idea un plan y lleva a cabo algún tipo de acción con el fin de ensayar ese plan. El ello (irracional e inconsciente) siente y expresa irracionalmente la acción; el yo (racional consciente), piensa y actúa según el análisis de la situación.

El súper ego o súper yo aparece en la primera infancia. Opera mediante el principio de perfección. Representa los valores que los padres y otros componentes de la sociedad comunican al niño como ideales.

La teoría del Psicoanálisis es la contribución más importante al estudio de la personalidad humana, ya que Freud, (1925/1958) afirma: “que la razón no gobierna el comportamiento” (Citado por Cloninger, 2003, p.35). Aquí se toma como punto de partida al inconsciente, que es la fuerza psicológica que afecta al pensamiento y al comportamiento, porque los seres humanos únicamente se dejan llevar por sus impulsos, los mismos que los pueden llevar a obtener grandes éxitos así como también podría llevarlos al fracaso.

1.2.1.3.2. Aproximación ambientalista

Dentro de la Aproximación Ambientalista esta la Teoría del Conductismo de Skinner (1954), quien afirma que: “la conducta no es causada por fuerzas dentro del individuo, ya que considera que las causas de la conducta son externas al individuo” (Citado por Cloninger, 2003, p.283), con esto se contribuye a la idea de que son las condiciones del ambiente suficientes para explicar la conducta humana.

Aunque esta teoría ha sido criticada, debido a que presenta a las personas como seres vacíos, simplificando los principios del aprendizaje, a dos tipos de consecuencias el reforzamiento y el

castigo influencias realmente poderosas en los niños, adolescentes y adultos; pero ha resultado optimista en cuanto, al estudio del condicionamiento operante que determina si cierta conducta se repetirá o no en un futuro.

1.2.1.3.3.- Enfoque humanista

Maslow (1966) se dedicó a investigar a aquellas personas creativas que se desenvolvían adecuadamente en la sociedad. La teoría de Maslow de la motivación humana descansa en la existencia de una jerarquía de necesidades. Este autor decía que debemos resolver nuestras necesidades básicas de supervivencia antes de preocuparnos de las necesidades de otro nivel superior. Hasta que no hayamos resuelto nuestras necesidades básicas no podremos luchar para satisfacer las de un orden superior, como son las gratificaciones psíquicas e intelectuales. (Citado por Cloninger, 2003, p.445-449)

1.2.1.4. Evaluación de la Personalidad

Por medio de la evaluación de la personalidad se ha tratado de describir y medir la conducta típica de una persona, sus características individuales y la forma en que suele comportarse en la mayoría de las situaciones.

Es por este motivo que las diferentes teorías psicológicas han utilizado diferentes procedimientos para conocer la personalidad entre ellos: la entrevista personal, la observación directa de la conducta, las pruebas objetivas y las pruebas subjetivas.

1.2.2.- Estrés

Se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos y externos) y los recursos disponibles del sujeto. Por tal razón (Martínez y Díaz, 2007) sostienen que:

El fenómeno del estrés se lo suele interpretar en referencia a una amplia gama de experiencias, entre las que figuran el nerviosismo, la tensión, el cansancio, el agobio, la inquietud y otras sensaciones similares, como la desmesurada presión escolar, laboral o de otra índole. Igualmente, se lo atribuye a situaciones de miedo, temor, angustia, pánico, afán por cumplir, vacío existencial, celeridad por cumplir metas y propósitos, incapacidad de afrontamiento o incompetencia interrelacional en la socialización. (p.17)

A nivel individual afecta el bienestar físico y psicológico y la salud de las personas, en cambio a nivel colectivo puede deteriorar la salud organizacional. Fernández, Siegrist, Rodel y Hernández, (2003) mencionan que: “el estrés constituye uno de los factores psicosociales más estudiados en la actualidad, especialmente por su relación con la aparición de cierto tipo de enfermedades, el manejo y adaptación a situaciones difíciles y el desempeño en general” Citado por Feldman et al. (2008, p. 739-751).

En el modelo de estrés-enfermedad propuesto por Kagan y Levi (1971) se establecen varias distinciones entre los diversos componentes. Esos componentes son los siguientes:

- Estresores presentes en el entorno; estímulos sociales o psicológicos que provocan ciertas reacciones dolorosas.
- El programa psicobiológico individual, que está predeterminado tanto por factores genéticos como por las experiencias y el aprendizaje de la primera parte de la vida.
- Reacciones individual de estrés fisiológico. Una combinación de esos tres factores puede llevar a precursores que pueden acabar por provocar el resultado final, que es la enfermedad física manifiesta.

En definitiva el estrés se manifiesta cuando una persona no puede afrontar el problema o cuando las dificultades del afrontamiento causan preocupación o ansiedad; porque se carece de las herramientas necesarias para afrontar una situación difícil.

1.2.2.1.- Teoría fisiológica.

Para Selye (1956), establece que el estrés es una respuesta fisiológica generalizada y no una respuesta específica, que depende de un conjunto de procesos fisiológicos en respuesta a los distintos estresores. Describe tres fases: Alarma, resistencia y agotamiento

- Fase de alarma el organismo reacciona ante un estresor activando el sistema nervioso simpático, con síntomas como: midriasis pupilar, sequedad de boca, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, hipertensión arterial, secreción de adrenalina y noradrenalina y aumento de la capacidad de atención y concentración, facilitando los recursos ante una actuación.
- Fase de resistencia en la que el organismo sigue reaccionando produciéndose distintas alteraciones metabólicas. Este estado de resistencia puede dilatarse en el tiempo hasta que no se puede mantenerlo más y se entra en la fase de agotamiento.

- Fase de agotamiento en esta fase el organismo se colapsa por la intensidad del estrés y pueden aparecer alteraciones psicosomáticas”

1.2.3.- Apoyo social

El apoyo social ha ocupado un lugar central en el análisis de los determinantes sociales de la salud y el bienestar, y está estrechamente vinculado al ámbito de la intervención comunitaria al constituir una potencial fuente de apoyo para las personas. No obstante Orcasita y Uribe (2010) afirman:

Mediante el apoyo social no solamente se obtienen importantes recursos, información y ayuda, sino también sentimientos de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social, lo que permite a las personas creer que otros se preocupan por ellos y les quieren; que son estimados y valorados y que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas. (p.71)

Otra definición de suma importancia es la brindada por House, (1981), el apoyo social se define “como una transacción real entre dos o más personas en la que se da una implicación emocional una ayuda instrumental, valoración e información” (Citado por Jiménez, Gutiérrez, y Miranda, 2012, p.130)

Shumaker y Brownell, (1984) también definen al apoyo social como “un intercambio al menos entre dos individuos con el objetivo percibido por el proveedor o receptor de incrementar el bienestar del receptor”.

Uniendo ambos aspectos la integración social y el carácter de ayuda de apoyo social Hobfoll y Stokes (1988), ofrecen una interpretación más amplia e integradora definiéndolo como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada” (p.499).

Las relaciones interpersonales en los medios en los que se desenvuelve el individuo trabajo, centros educativos, familia, amigos son un ambiente importante en el desarrollo del ser humano. Así (Astray y De Roda, 2008), incluye:

Todas las transacciones de ayuda tanto de tipo emocional, como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales intimas como de otros grupos y comunidad global

incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida. (p.100)

Estos autores han definido el apoyo social desde una misma perspectiva siendo esta variable fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, porque las relaciones que se establecen entre las personas permiten minimizar los efectos adversos de diferentes situaciones tensionantes, través de manifestaciones de cariño en donde las personas se sienten estimadas y valoradas.

1.2.3.1.- Tipos de Apoyo Social

Definitivamente la importancia de cada tipo de apoyo social dependerá de las necesidades que requieran las personas y de la fuente de apoyo que necesiten. En cuanto a las dimensiones que constituyen el concepto de apoyo, Garcia, Herrero y Musitu (2002), se puede distinguir cuatro tipos de apoyo:

1.2.3.1.2.- Apoyo emocional

Entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas de autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas. (Méndez y Barra , 2008, p.59-64)

1.2.3.1.2.- Apoyo Informativo

Se hace frente a las situaciones problemáticas, ya que el consejo alude a las guías necesarias que moldean las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno.

1.2.3.1.3.- Apoyo Instrumental

Definido como la prestación de ayuda material directa o servicios.

1.2.3.1.4.- Apoyo Evaluativo

El apoyo evaluativo, al igual que el apoyo informativo, “sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social” (Pérez y Daza, 2014). Es decir, otras personas son fuentes de información que los

individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

1.2.3.2-. Fuentes de apoyo social

Para House (1981) existen diversas fuentes de apoyo social así: “Propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales” (Jiménez, Gutiérrez, y Miranda, 2012, p.138). Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en naturales (familia, amigos, compañeros de trabajo) y organizadas grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). También se han clasificado en redes informales, (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia) y en redes formales (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales).

1.2.4-. Flexibilidad psicológica

La flexibilidad psicológica consiste en adaptarse a las situaciones mediante la práctica de la atención y conciencias plenas y actuar de modo efectivo guiado por sus valores. Así, de acuerdo con (Ribero y Agudelo, 2016)

La terapia de aceptación y compromiso (ACT), que se encuadre dentro de las llamadas terapias de tercera siendo primordiales para atender los requerimientos de las personas que lo necesiten. La ACT destaca claramente la experiencia subjetiva del individuo como principal insumo para la puesta en marcha del proceso psicoterapéutico. Es trascendental resaltar que la perspectiva parte de una valoración de las vivencias personales y un profundo respeto por las estrategias de afrontamiento que se han puesto en práctica hasta el momento, ya que la intervención parte de estos datos para proponer una experiencia más completa y sana por parte del sujeto. (p.40)

Es la condición actual del sujeto la que por sí misma va a brindar la clave para la promoción del cambio conductual deseado en la persona consultante, las premisas de la ACT son:

- Se asume que si la persona se comporta de acuerdo a sus propios valores, posteriormente va a sentirse mejor.

- Se asume que el sufrimiento psicológico es normal en los seres humanos, siendo este una manifestación de que la persona se encuentra cerca de lo que realmente le importa.
- Se asume que hay más vida en los momentos en que se experimenta dolor que en aquellos que se experimenta alegría.
- Se asume que todas las personas, de una u otra manera, esperan vivir de forma más plena sus vidas

Para (Hervás, 2009) sostiene a la flexibilidad psicológica como:

La habilidad metacognitiva que consiente que nos demos cuenta de nuestros pensamientos, nuestras emociones y nuestras necesidades, permitiéndonos desatender lo que resulte improductivo y lograr elegir respuestas apropiadas. Los individuos con alta flexibilidad psicológica poseen mayores recursos atencionales para darse cuenta que tanto control tienen en una situación dada. Debido a que se involucran menos en comportamientos de evitación, que los llevarían al ensayo y el error, también aprenden mejor la manera de utilizar con eficiencia el control que tienen. Esto los posibilita para influir mejor sobre los objetivos del equipo, sus comportamientos laborales y el mantenimiento del grupo y su cultura. (p.34)

1.2.5. Compromiso vital

El compromiso como tal es definido por García, (2015)

El compromiso vital hace referencia a la implicación con la meta elegida, a la actitud de elegir el camino vital en función de los valores personales propios de manera que esa “realidad psíquica individual” que cada uno de nosotros construimos, se convierta en un compromiso vital lleno de sentido; en una palabra, en una vida vivida en plenitud y con sentido de lo que se vive en cada momento. (p.12-29)

La realización personal o el desarrollo de una relación de compromiso e intimidad nunca se completan del todo y perfectamente, porque no son tareas que se acaben en algún momento, ya que siempre se podrá tener una mejor calidad de vida, crecer profesionalmente o enriquecer una relación. Siguiendo con esta idea Gil, (2011) afirma: “El crecimiento personal implica aprender a perseverar y mantener la actividad encaminada a conseguir objetivos vitales y relevantes para la persona, donde el autocontrol y la disciplina diaria son la energía requerida, sin olvidar la responsabilidad en las elecciones personales” (p.491).

El trabajo de la salud mental presenta características comunes basadas en la colaboración y ciclos recurrentes de planificación, implementación y evaluación de programas. Tomes y Tilford (2001) destacan:

La intención de desarrollar el potencial de las personas para controlar su propia salud y para trabajar en colaboración, creando un compromiso vital para todos los involucrados a través de programas.

Determinados programas se caracterizan por realizar un estudio considerando los siguientes aspectos:

- Un estudio detallado de las necesidades, recursos, prioridades, historias y estructura de una comunidad en colaboración con la comunidad , haciendo en conjunto, comprometidos con dicha colectividad
- Acuerdo sobre un plan de acción, recopilación de recursos implementación y monitoreo de las acciones y los procesos de cambio, así como una vigilancia constante en la práctica
- Un énfasis en la evaluación de las mejores prácticas con atención al mantenimiento y mejoramiento de la calidad.

Bajo estas circunstancias debe existir un ambiente de protección y de seguridad, apoyo social, buenas condicione de trabajo (...) pero eso se logra cuando todos los involucrados estén comprometidos para desarrollar y mantener comunidades saludables, donde las personas puedan afrontar problemas de personalidad, salud física, capacidad de ,manejar conflictos y la capacidad para aprender.

1.2.6. Resiliencia

Capacidad para afrontar las adversidades y para evadir el colapso nervioso cuando se producen factores de estrés, difiere de un individuo a otro. Rutter (1985) concebía:

A la resiliencia como un producto del ambiente y constitución que es un proceso interactivo, los factores de protección pueden modificar las respuestas de las personas ante un peligro ambiental de manera que la consecuencia no sea siempre perjudicial y los factores de protección solo pueden ser detectables cuando están ante la presencia de factores de estrés. Pilares de la resiliencia a partir de esta constatación se trató de buscar los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes:

Introspección, iniciativa, independencia, humor, creatividad, moralidad pensamiento crítico y familia. (Citado por García y Domínguez, 2012, p.70)

Según Olabegoya, (2006) existen diversas aseveraciones sobre la resiliencia que se las puede agrupar en las siguientes categorías:

- La resiliencia como estabilidad: Entiende la resiliencia como resistencia, o la capacidad de permanecer integro frente al golpe o de soportar una situación difícil, de ser capaz de vivir y desarrollarse con normalidad en un entorno de riesgo que genera daños materiales y estrés. También se entiende como resiliencia la capacidad de asimilar /absorber daños de cierta magnitud y a pesar de ello permanecer competente.
- La resiliencia como recuperación :Se refiere a la capacidad para volver al estado original, tener una vida significativa, productiva, de normalidad, después de alguna alteración notable o daño debido a alguna situación adversa. Aquí se incluye la dimensión temporal en la superación de las dificultades. Una persona o colectivo que se recupera con prontitud sería considerada más resiliente que aquella otra que necesita más tiempo o la que difícilmente se recupera a pesar del tiempo transcurrido. La perspectiva de la resiliencia parte de la idea de que todas las personas y los grupos humanos tienen dentro de sí elementos que le llevan a su desarrollo, a la normalidad, al equilibrio cuando estos han sido alterados.
- La resiliencia como transformación: Implica una dimensión más compleja según la cual las personas son capaces de resistir, proteger su integridad a pesar de las amenazas y además salir fortalecidas, transformadas positivamente por la experiencia. Incluye los procesos de regeneración, reconversión, reorganización personal y en su caso social, la apertura a las nuevas oportunidades surgidas a raíz de la crisis (ecológicas, industriales). Esta perspectiva enfatiza las capacidades de las personas para la adaptación a los cambios, la capacidad de aprender, la creatividad, la orientación hacia el futuro, las fortalezas y oportunidades, más que los peligros y las debilidades. En algunos casos los desastres pueden llevar a ser oportunidades para cambiar o mejorar las deficientes condiciones de vida de los afectados. (Citado por Uriarte, 2010, p.688-689)

Es importante entender la resiliencia como un proceso de superación de la adversidad y responsabilidad social y política y puede ser promovida por padres, investigadores, servicios sociales, la política y la comunidad. Así la resiliencia permite una nueva epistemología del desarrollo humano, en tanto enfatiza el potencial humano, es específica de cada cultura y

convoca a la responsabilidad colectiva. Un enfoque en resiliencia permite que la promoción de la calidad de vida sea también una labor colectiva

1.2.7.- Ansiedad y Depresión

La depresión y la ansiedad son patologías con una alta prevalencia en la actualidad, en cuya etiología influyen tanto factores endógenos como exógenos, entre los que cabe destacar una sociedad cada vez más exigente en el terreno personal, la actividad laboral estresante, la situación económica, etc. En la población normal existe una alta prevalencia de estas patologías, pero se ha descrito una mayor asociación con la fibromialgia. (Evrard, Escobar, y Tevar, 2010, párr.2)

La ansiedad supone cambios en la manera de pensar, así como la manera de sentir, dicho en otras palabras repercute en el comportamiento de los individuos por ello para Spielberger (1972) “es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo”.

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975) “La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida”.

La ansiedad se genera como consecuencia de dificultades y de falta de recursos internos a la hora de adaptarnos a los cambios que se van produciendo en nuestra vida como una fuga o inhibición conductual. García, Muñoz y Asencio, (2011) distinguen dos tipos de ansiedad: “La normal y la patológica, la primera es adaptativa permite al sujeto responder de forma adecuada y la segunda es cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa”.

Según Royal (2006), afirma

La depresión es una enfermedad, como lo es la diabetes o una úlcera de estómago. Para hablar de depresión, y por lo tanto de enfermedad se requiere: que estos sentimientos se presenten de forma casi continua durante un período superior a dos semanas; que causen un malestar importante en una o varias áreas de la vida diaria (p.39).

La depresión, como la mayoría de las enfermedades psíquicas, no está causada por un solo factor sino que es el resultado de un conjunto de mecanismos de diferente naturaleza que todavía no se conocen completamente Por lo general, se considera que existen “factores” biológicos, psicológicos y ambientales (aquellos relacionados con el entorno social o la familia). Algunos de

ellos pueden actuar bastante antes de que se presente la depresión. Los síntomas de la depresión son diversos y se presentan manifestaciones tanto de conducta, emociones, pensamientos, síntomas físicos como se muestra a continuación:

- Conducta: Ataques de llanto, aislamiento de los demás, descuido de las responsabilidades, pérdida de interés por la apariencia, pérdida de la motivación.
- Emociones: Tristeza, ansiedad, culpabilidad, ira, cambios de humor, falta de emociones (embotamiento afectivo), sentimientos de desesperanza.
- Pensamientos: Autocrítica, sentimiento de culpa, preocupación, pesimismo, problemas de memoria, falta de concentración, dificultad para la toma de decisiones, confusión, pensamientos referentes a que otras personas le vean mal.
- Síntomas Físicos: Sensación de cansancio, falta de energía, dormir mucho o muy poco, comer en exceso o la pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida o aumento de peso, ciclo menstrual irregular, pérdida de apetito sexual, dolores sin explicación aparente. Los signos más frecuentes varían de una persona a otra pero con frecuencia son las mismas que vuelven aparecer en caso de presentar episodios recurrentes que se repiten a lo largo de la vida. Entre los más significativos tenemos:
 - Un cambio en el estado de ánimo principalmente tristeza y el llorar sin motivo.
 - La pérdida de interés en actividades que son por lo general placenteras.
 - Problemas con el sueño
 - Ansiedad constante con momentos en que se agudiza, incluso en situaciones hasta ahora consideradas de rutina y sin riesgo (ir de compras, por ejemplo).
 - Irritabilidad inusual que requiere una gran cantidad de energía para controlarla.
 - Cansancio excesivo o enlentecimiento de los movimientos; una incapacidad para funcionar, para llevar a cabo las tareas cotidianas; una mayor sensibilidad al ruido; cambios no habituales en el apetito. (Holdsworth, y Paxton. Learning 1999)

1.2.8.- Satisfacción Vital

Al hablar de satisfacción vital se debe considerar una serie de factores que se involucran dentro del bienestar psicológico y social. Sobre este tema Fredrickson, (2000) menciona que “las emociones positivas desarrollan la creatividad, promueven pautas, de acción original, amplían el autoconocimiento y conocimiento situacional, la resiliencia y la interpersonalidad se relacionan con un estilo de vida saludable potenciando el bienestar” (p.115), con todo esto se logra mejorar las acciones personales, interpersonales y sentirse bien consigo mismo.

La calidad de vida es un concepto polisémico, habiendo sido definido en psicología de modos tan distintos como bienestar subjetivo, felicidad, satisfacción y, aunque éstos tienen distintos significados, en la mayoría de los estudios son utilizados de manera indiferenciada.

El concepto de satisfacción vital como componente cognitivo del bienestar subjetivo, ha sido definido como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta: familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre, siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar personal. Así, las personas evalúan su estado actual con las expectativas de futuro que tienen para sí mismas dónde la satisfacción es la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros. (Moyano y Ramos, 2007, p.177-193)

Como ya se ha mencionado anteriormente la OMS afirma que la salud incluye necesariamente el bienestar psicológico, junto al físico y al social, bienestar en que se es consciente de las propias capacidades y se es capaz de confrontar las tensiones de la vida. Se puede trabajar de manera productiva y fructífera, siendo capaz de contribuir a la propia comunidad.

Es por esta razón que la calidad de vida es un concepto polisémico, que ha sido definido en psicología de formas tan distintas como: bienestar subjetivo, felicidad, satisfacción y, aunque éstos tienen distintos significados, en la mayoría de los estudios son utilizados de manera indiferenciada.

Riff y Keyes (1995) plantean una estructura de seis factores para lograr bienestar psicológico así:

- Autoaceptación, las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones
- Relaciones positivas con otras personas, la gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar.
- Autonomía, para poder sostener su propia individualidad. En contextos sociales diversos las personas deben gozar de autodeterminación y mantener su dependencia y autoridad personal.
- Dominio del entorno, la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y las necesidades propias.
- Propósito en la vida, metas y objetivos que permiten dotar la vida en cierto sentido

- Crecimiento personal, interés por desarrollar potencialidades crecer como persona y llevar al máximo las propias capacidades

Las personas en términos generales presentan necesidades de un desarrollo positivo a través de sus habilidades y actitudes mostrando conductas positivas y alejándose de aquellas que suelen ser perjudiciales.

Así la inteligencia emocional como rasgo de personalidad que es una aptitud que forma parte, junto con el optimismo del estado de ánimo en general y que consistiría específicamente en la capacidad de disfrutar de uno mismo y de los otros de divertirse, de sentirse satisfecho con la propia vida y de experimentar sentimientos positivos emociones positivas. (Bar, 2009)

▪ CONSUMO DE DROGAS

2.1. Consumo problemático de las drogas

La Organización Mundial de Salud OMS (1974) define a la droga como: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones” (Manual de Atención Integral de Salud MAIS-FC, 2012). En este sentido se persigue superar la distinción entre una droga legal e ilegal cuando todas éstas en sí mismas no son buenas ni malas, sino la relación que desarrolla el sujeto con ella, por lo que en el presente documento se entenderá por droga al alcohol, tabaco, medicamentos psicotrópicos y cualquier sustancia que introducida en el organismo pueda alterarla.

El consumo de drogas puede originar problemas y trastornos de distinta índole que, por afectar a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública al originar dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida, años de pérdida de vida, lesiones a otros, costes de los servicios médicos o sociales o aspectos más amplios del coste económico.

El uso de drogas son los actos y motivaciones socio culturales que un individuo establece con una droga en un momento determinado. Hablamos de uso de droga cuando este es ocasional, relacionado tan solo con unos pocos acontecimientos sin llegar a que se produzca independencia ni habituación a las sustancias ni repercusiones negativas en áreas importantes de la vida de la persona. Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP 2013)

Esta definición presenta distintos tipos de uso:

- Uso experimental se declara una frecuencia de uso de una vez al año, independientemente del tiempo de uso (si la primera prueba se realizó varios años antes.)
- Uso ocasional se declara un uso de varias ocasiones durante un solo año.
- Uso regular se define un uso de varias ocasiones los dos últimos años.
- Uso intenso se lo define con un uso diario o casi diario durante más de dos años.

En definitiva podemos decir que el consumo problemático de drogas se da en personas que aumentan cuantitativa y cualitativamente el consumo hasta perder sus proyectos de vida independientes, atacando a los más jóvenes primero, con un efecto multiplicador donde su autonomía está seriamente comprometida. Es así como se ha iniciado el interés de estudiar al sector más joven de la población y dilucidar cuales son los factores que los llevan al uso de drogas y eventualmente a su abuso.

2.2. Consumo problemático del alcohol.

Sobre el consumo de cualquier estupefaciente la Organización Mundial de Salud OMG (1996) afirma:

La acción directa del alcohol y otras drogas sobre el sistema nervioso central va a producir un conjunto de trastornos mentales, de los cuales unos son muy específicos del consumo de drogas como la intoxicación o la abstinencia, y otros pueden ser originados también por otras causas y entre ellos se encuentran el delirium, la demencia, el trastorno amnésico, el trastorno psicótico, el trastorno de estado de ánimo, el trastorno de ansiedad, la disfunción sexual y el trastorno del sueño. (Cuadrado, 2009, p.293)

El consumo problemático en los estudiantes, implica que los jóvenes que presentan un consumo alto de alcohol, al beber no sólo buscan incrementar las sensaciones placenteras, de bienestar, de poder y sociabilidad, sino también disminuir la tensión. (Mora, Natera y Juárez, 2008, p.82)

Esto significa que el consumo excesivo está ligado con el estrés y que el beber constituye un medio de relajación, tendencia que se ha documentado ampliamente en la investigación,

Según Cuadrado, (2009):

Además de los trastornos mentales, el consumo agudo de alcohol puede producir traumatismos, lesiones debido a agresiones, crisis de hipoglucemia, pancreatitis o hepatitis aguda y muerte por sobredosis. El consumo crónico puede lesionar todos los tejidos y sistemas del organismo con el desarrollo de enfermedades crónicas e incremento de la mortalidad. (p.295)

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud OMS (1996) define al alcoholismo como:

Estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia. (Vasquez, 2015)

El alcohol comienza a consumirse en la adolescencia y se llega a la dependencia alcohólica tras varios años de consumo excesivo y mantenido. La mitad de los dependientes del alcohol han comenzado su enfermedad antes de los 25 años y se suele manifestar por un cambio en los patrones de consumo, con un aumento de las intoxicaciones en aquellos que beben de forma intermitente o por un aumento de la cantidad, en aquellos que lo hacen de forma continua y estable. El alcohol, los alucinógenos, las anfetaminas y similares, el cannabis, la cocaína, la fenciclidina y similares, los inhalantes, la nicotina, los opiáceos y los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son capaces de producir dependencia.

Las manifestaciones farmacológicas de la adicción al alcohol son: la dependencia y la tolerancia:

- Dependencia: puede ser entendida como una percepción subjetiva de la necesidad de consumir la droga. El consumo del alcohol que empezó como algo social y esporádico, pasa a ser un eje de la vida del sujeto. El impulso a consumir puede ser más o menos intenso dependiendo de la situación en la que se encuentre el individuo.
- Tolerancia: Se refiere al “proceso de adaptación neuronal tras la administración crónica de una droga. Los efectos reforzadores o de recompensa producidos por el alcohol al principio de su administración se van y buscan la gratificación inmediata que esta les da a través de la repetición continua.

2.3 Causas del consumo de drogas

Según los estudios realizados por el Instituto Nacional de Drogas NIDA (2001). Las causas del consumo de drogas en los adolescentes son muy diversas, ya que no todos los jóvenes están en condiciones de ajustarse a las exigencias y responsabilidades de la adolescencia y reaccionan de forma equivocada, es por esta razón que no existe una causa específica del motivo que lleva a los jóvenes al consumo de dichas sustancias. Los factores de riesgo que los conlleva a consumirlas según Kail y Cavanaugh, (2006) son las siguientes:

- Experimentación: deseo de probar algo nuevo.
- Relajación: un medio de atenuar la tensión.
- Escape: deseo de evadir un mundo despiadado o desagradable.
- Sensación de estimulación: aumento de la seguridad en sí mismo, generalmente reduciendo las inhibiciones personales.

Además de los factores ya mencionados, otra de las razones por la que los adolescentes se involucran en el consumo de drogas es por su estado emocional ya que tienden a entrar en depresión y al no encontrar el apoyo suficiente y la comprensión del grupo familiar que necesitan para sus frustraciones, lo buscan en el grupo de amigos, donde deben aceptar las normas y costumbres, entre ellas está, muchas de las veces, la oportunidad de consumir drogas en busca de consuelo, logrando sentirse maravillosamente felices y llenos de energía razón por la cual muchos no pueden resistirse y termina convirtiéndose en una adicción.

Una afirmación similar nos brinda Becoña y Vázquez (2001), Pérez (1999, 2000) y WHO (2004), quienes coinciden:

Que el consumo de drogas puede presentarse de modo experimental, social, regular, intenso y compulsivo, pero un aspecto relevante en los jóvenes es que el consumo puede alternar entre estos modos y no desarrollarse, necesariamente, de manera secuencial hasta la dependencia. (Citado por Cáceres , Salazar , Varela, y Tovar, 2006, p.3)

Según Maturana, (2011):

Las primeras motivaciones que aparecen ligadas al consumo de sustancias en la adolescencia son, al parecer, en primer lugar la curiosidad y luego el placer, aunque afortunadamente ciertos adolescentes reaccionan a tiempo y se alejan al darse cuenta de su error. Los que continúan con el consumo indicarían una tercera gran motivación, la del soporte artificial, aquellos

adolescentes que no encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para relajarse, y solo lo hacen mediante un producto químico que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de medios naturales. (p.105)

Esto se debe a que en muchas ocasiones hay personas que no se sienten satisfechas con lo que han logrado, con lo que tienen y con todo lo que les rodea por lo tanto usan drogas con el anhelo de cambiar aparentemente la forma en que perciben el mundo, quizá porque ello les hace sentir mejor o más felices.

Las causas son variadas y depende de cada ser humano el consumirlas o no, aunque se debe tener mucho cuidado por la proliferación de este tipo de sustancias que son expandidas inclusive fuera de establecimientos escolares donde son los adolescentes quienes se ven más tentados a ingerir este tipo de estupefaciente sin imaginar los daños irreversibles que esta práctica puede causar no solamente a ellos sino a su familia a su entorno.

2.4. Consecuencias del consumo de drogas

Según expertos en el tema González Menéndez, Becoña Iglesias, Rodríguez López las drogas en particular, destruyen y matan física y moralmente a un gran número de personas en el planeta Tierra. Se plantea que un toxicómano le resta a su vida entre 10 y 20 años. (Alpízar, Pérez, y García, 2008, p.2)

El consumo de drogas ilegales como la cocaína el éxtasis y legales como el tabaco y el alcohol provocan un sinnúmero de resultados negativos que a largo plazo pueden ocasionar serios problemas de salud especialmente en las personas que lo consumen habitualmente. A continuación se presentan los efectos que causan

Su primer síntoma es un estado de euforia tras las primeras dosis empieza a disminuir las capacidades de juicio, de atención de observación y de reflexión a partir de aquí empieza una etapa de pérdida de la conciencia y produce un daño cerebral progresivo cirrosis apática y finalmente la muerte, también es causa indirecta como factor que provoca problemas en todas las áreas de su vida, actos de agresión violenta accidentes de tránsito y conflictos familiares (Billy y Bobth, sf, p.19)

Las drogas de diseño o de síntesis producen, al igual que el resto de las drogas, diferentes efectos dependiendo de la edad, la personalidad, el lugar de consumo, la dosis o el grado de

pureza de la droga. Sus efectos pueden ser agradables pero también negativos y no deseados. El éxtasis, como la mayoría de las drogas de síntesis, se consume por vía oral en forma de pastillas o cápsulas; su absorción es lenta, ya que tiene que pasar del aparato digestivo a la sangre, por lo que puede pensarse que no ha hecho efecto y repetir la dosis, con el riesgo de sobredosis. Existen efectos negativos del éxtasis que desaparecen a las pocas horas del consumo y otros a largo plazo, incluso mucho tiempo después de haber consumido (Sánchez. 2005, p. 22).

El consumo de alcohol puede producir gran cantidad de problemas físicos, psicológicos y sociales, tanto para el adolescente como para las personas que le rodean, su familia, amigos o en el colegio, siendo los accidentes de tráfico uno de los más graves por la morbilidad y mortalidad que producen. Así “el consumo crónico puede lesionar todos los tejidos y sistemas del organismo con el desarrollo de enfermedades crónicas e incremento de la mortalidad” (Anónimo, 2010). Los tipos de comportamiento que no solo afectan a su personalidad, carácter o forma de actuar ante determinada situación sino que además presentan características tanto en su físico como en su salud provocando en muchos de los casos la muerte cuando se trata de un consumidor habitual donde el riesgo es más eminente.

▪ **ADOLESCENTES**

Para Hidalgo, (2013):

La adolescencia es un periodo de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, que se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es decir, la pubertad y finaliza alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento físico y la maduración psicosocial.(p.85)

3.1. Desarrollo Biológico

Es necesario tener en cuenta que existen distintos factores, físicos, sociales y culturales, que pueden influir en el inicio y desarrollo de los cambios físicos en la pubertad: un nivel económico alto, un estilo de vida saludable y el bienestar psicosomático, entre otros, parecen promover un adelantamiento de la pubertad mientras que las enfermedades crónicas, el estrés, y la actividad deportiva intensa parecen retardarla.

El desarrollo del adolescente se puede dividir en tres fases madurativas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), al término de las cuales el ser humano logra la maduración física y mental, adoptando su propia identidad.

3.1.1 Fisiología de la pubertad

La pubertad se inicia por una serie de cambios neuro-hormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre, hipotálamo, hipófisis y gónadas. En la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), y por lo tanto las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH). (Casas y González, 2008)

Según las adaptaciones realizadas por Neinstein y Brañas (1991-1997) el desarrollo psicosocial adolescente se manifiesta:

- Adolescencia temprana (11-13 años) La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Según Tanner (s.f). Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”. También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares. (Casas y González, 2005, p.22-23)

- Adolescencia media (14-17 años).

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable (Casas y González, 2005, p.22-23)

- Adolescencia tardía (17-21 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. (Casas y González, 2005, p.22-23)

Durante la adolescencia se produce muchos cambios, es un proceso psicológico unido al crecimiento social y emocional que surge en cada persona de ahí que los cambios psicosociales en los adolescentes hacen que experimenten distintas emociones, que se relacionan con el grado de madurez que va adquiriendo la persona en base a las experiencias obtenidas, la manera de mirar el mundo hace que sus objetivos y metas cambien acorde a las necesidades que se vayan presentando a lo largo de la vida.

3.2. Desarrollo Social

El adolescente es un ser que reclama con energía su autonomía e individualidad, aunque es profundamente dependiente de su familia, principalmente de sus padres, que a menudo aparecen como uno de los factores determinantes de lo que se ha definido como “la crisis del adolescente”. (Rojas, Rodríguez, Zereceda, y Campos, 2013, p.32)

La familia comprende el primer escenario en donde se forma el individuo, de ahí depende su adaptación al medio ambiente.

El contexto familiar es quizá el factor más persuasivo que influye en el desarrollo social del individuo, ahí es donde la persona forma parte de una clase social, determinando diferentes formas de interacción física o verbal en la que el individuo adquiere valores y principios y se fijan patrones de comportamiento que determinan su relación con los demás escenarios sociales. El aspecto familiar suele ser determinante en el desarrollo de los factores psicosociales y por ende en las conductas individuales. Su importancia radica en que el comportamiento supervisado o no en casa, puede ser exportado y generalizado a otros contextos donde el joven interactúa. Si el niño o joven aprende respuestas hacia la autoridad, como los padres mediante la agresión y la manipulación posiblemente tendrá dificultades para interactuar con figuras de autoridad en otros contextos como la escuela, el barrio, entre otros. (Baryshe y Ramsey 1989, p. 44).

Según Bodín (1997):

La socialización es un proceso mediante el cual el individuo adopta los elementos socioculturales de su medio ambiente y los integra a su personalidad para adaptarse a la sociedad, dicho en otro término la socialización también es el proceso por el cual el niño, aprende a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable en su comportamiento, socializar es un proceso muy importante que debe fomentarse en los niños y niñas desde muy corta edad. (Ciatdo por Osorio y Varela, 2014, p.22)

De acuerdo a lo anterior es de suma importancia que el adolescente se relacione socialmente, porque son los escenarios sociales, situaciones en la que las acciones de un individuo modifica el comportamiento de los demás, esto producto de experiencias vividas, la presión de las masas, entre otros aspectos.

Desde la perspectiva de Molina (1998):

Los factores de riesgo sociales abarcan indicadores como la delincuencia, el expendio de drogas, la prostitución, el pandillaje, la pobreza, las redes de apoyo, la contaminación ambiental, el trabajo infantil, el desplazamiento, las condiciones socioeconómicas los aspectos culturales, las redes sociales entre otros El contexto escolar constituye una actividad altamente social, un espacio en que el aprendizaje se da en virtud del intercambio personal de información y actividades, pero no garantiza un desarrollo social constructivo. Es innegable que la escuela influye en el desarrollo social del individuo ya sea positiva o negativamente, ya que el estudiante puede adaptarse a la escuela de dos maneras: formando hábitos de trabajo y de atención, o bien de haraganería, de inercia, de desatención (p.22-26)

Según Angenent, et, al. (1996), “la escuela es el lugar donde los jóvenes aprenden, pero también es el escenario en donde se entrenan para las relaciones sociales por medio de la exposición a variadas normas, reglas y costumbres del contexto escolar”. Es quizá el contexto más importante y con más influencia para el desarrollo social e individual de los adolescentes, allí se adquieren y se pueden mantener patrones de aprendizaje de diferentes comportamientos.

3.3. Desarrollo Psicológico

Según Cuevas (2013):

Los factores psicosociales pueden entenderse como todas aquellas condiciones presentes en la situación escolar directamente relacionadas con factores personales, escolares, cognitivos, familiares y sociales, que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo integral

individuo y el bienestar físico y psicológico de una comunidad. (Osorio Valderrama & Varela Cerquera, 2014, p.22)

La identificación de los factores de riesgo en los contextos educativos ha tomado gran importancia debido a que no solo contribuye a conocer el origen de las problemáticas presentadas en la institución sino generar estrategias de atención y prevención que ayuden a mitigar los efectos.

Para Trudel y Puentes, (2000):

La perspectiva de riesgo psicosocial permite identificar y analizar las características individuales y las características del entorno inmediato o distante en el que se desarrollan los adolescentes, y que pueden aumentar la posibilidad de que manifiesten dificultades en su proceso de desarrollo. Estudia la interacción de variables del entorno, como la familia, la influencia de los pares, la cultura, la comunidad, la escuela, y variables individuales como características cognitivas y temperamentales que sensibilizan a los jóvenes ante ciertos riesgos. (Osorio y Varela, 2014, p.23)

En efecto la adolescencia es el estado dentro del ciclo vital donde se afronta el problema psicológico de la identidad personal y social, estableciéndose una autonomía psicológica respecto de los padres. A lo largo de este periodo la mayor parte de los jóvenes toman decisiones acerca de la elección vocacional, el proyecto de vida, adoptándose creencias, actitudes, expectativas y modos de comportamiento que pueden perdurar en la vida adulta. El problema surge cuando estas formas de pensar y comportarse no son adaptativas para el individuo, no obstante los rasgos de personalidad constituyen trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos causando un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Por consiguiente tanto la salud mental y el consumo problemático de sustancias suponen un problema social imperante en la actualidad al que debemos aplacar. Así las niñas/os y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral (...). Entendiéndose como desarrollo integral el proceso de crecimiento de su intelecto, sus capacidades, potencialidades y aspiraciones en un entorno familiar, escolar y social de seguridad y afectividad, dicho entorno permitirá la satisfacción de las necesidades sociales, afectivas y emocionales a través del apoyo de políticas nacionales y locales que ayuden a niños y adolescentes fortalecer su salud física, mental, psicológica y sexual (Plan Nacional de Drogas y la Constitución, s.f). Para lograrlo se debería trabajar mancomunadamente el gobierno, instituciones educativas, sociedad y

principalmente la familia como eje primordial para el desarrollo y crecimiento de los entes involucrados.

Capítulo 2 Metodología

2.1.- Objetivos

2.1.1.- General

Analizar la distribución de variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental a nivel nacional de los estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b.

2.1.2.- Específicos

- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental de los estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b.
- Seleccionar las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias en los estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b.
- Elaborar informe de resultados para el establecimiento de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b.

2.1.3.- Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las variables asociadas a la buena salud mental en los estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b?
- ¿Cuáles son las variables asociadas al consumo de sustancias en los estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b?
- ¿Cuántos estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b se ubican dentro de los niveles de consumo problemático de sustancias?
- ¿Cuál es el nivel de consumo problemático de sustancias según el género de los estudiantes de la zona 7, distrito 11D07, circuito 11D07C01_b?

2.2.- Diseños De Investigación

En la presente investigación se utilizó el tipo de investigación descriptiva porque consiste en identificar y analizar las variables asociadas a la salud mental y consumo problemático de sustancias estupefacientes en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b, además conocer las situaciones predominantes a través de descripción exacta de la situación.

2.3.- Contexto

La presente investigación se desarrolló en una Institución Educativa de sostenimiento Fiscal de la Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b, que acoge adolescentes de Primero y Segundo de Bachillerato, población objeto de estudio, quienes contarán con ciertas características, como: tipo de institución y edad.

Zona7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

La institución durante 50 años, ha ofrecido a la comunidad y al país una educación laica de calidad, con Educación General Básica Superior y Bachillerato General Unificado con 4 figuras profesionales, educación administrada por el nuevo modelo de gestión del Ministerio de Educación del Ecuador, los principios del buen vivir, la Ley y Reglamento de la LOEI. Acoge a estudiantes en la sección diurna como nocturna, que desarrollan destrezas, habilidades y competencias, que al término del bachillerato serán capaces de crear, innovar y emprender alternativas para mejorar la calidad de vida de las familias Ecuatorianas.

- **Misión.-**

Institución educativa dedicada a la formación de personas con excelencia y con visión de un mundo mejor, con capacidad de liderazgo para desempeñarse en el mercado laboral; que practiquen el saber, saber hacer, saber emprender, saber convivir juntos; con la suficiente capacidad para realizar emprendimientos productivos de acuerdo a la figura profesional de su especialidad o proseguir sus estudios superiores en cualquier nivel, tomando en consideración para dicho proceso los lineamientos del nuevo bachillerato ecuatoriano y demás disposiciones emanadas desde el Ministerio de Educación.

- **Visión.-**

La Institución Educativa perteneciente a la Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b, tiene como visión, a través de una educación de calidad con individuos conscientes de su propia identidad, que se sustenta en la investigación, en la práctica y el desarrollo humano, académico y productivo al servicio de la comunidad; su personal está identificado y comprometido en la promoción de desempeños auténticos en estudiantes del siglo XXI; con un gran desarrollo de capacidades, competencias y valores, desenvolviéndose como ciudadanos líderes, proactivos, propositivos y emprendedores y la comunidad considera al colegio como un centro de desarrollo.

- **Oferta Académica.-**

La institución ofrece una oferta académica muy amplia, con Educación General Básica Superior y Bachillerato General Unificado, con dos secciones y con 4 figuras profesionales.

Sección Diurna:

- Producciones Agropecuarias.
- Contabilidad y Administración.
- Mecanizado y Construcciones Metálicas.
- Aplicaciones Informáticas.

Sección Nocturna:

- Contabilidad y Administración.

Programas:

- Programa Básica Flexible.
- Proceso de acreditación del Programa Diploma de Bachillerato Internacional.

2.4.- Población

La selección de la población, se obtuvo mediante el muestreo casual accidental no experimental, es decir, se elegirán a los participantes según la conveniencia.

La muestra objeto de investigación fue de 50 estudiantes de un Colegio Fiscal perteneciente a la Zona 7, Distrito 11D07.

- 25 estudiantes de primero y,
- 25 estudiantes de segundo año de bachillerato.

La población investigada debe contar con las siguientes características:

1. Los estudiantes deben pertenecer a centros educativos mixtos,
2. Deben tener una edad comprendida entre 14 a 17 años,
3. Pertenecer a la sección diurna

2.5.- Métodos Técnicas E Instrumentos De Investigación

2.5.1.- Métodos

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- **El método descriptivo**, permite llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes, por medio de la descripción exacta de las actividades, objetos y procesos, ya que no se limita a la recolección de datos sino al análisis de las variables asociadas a la salud mental y consumo de sustancias psicotrópicas.
- **El método estadístico**, permitió obtener, la representación, simplificación, análisis e interpretación de la información obtenida, con la aplicación de los cuestionarios de factores asociados a la salud mental y consumo de sustancias psicotrópicas.
- **Es transversal**, debido a que toma una instantánea de la población en un momento determinado, lo que permite extraer conclusiones acerca de los fenómenos a través de una amplia población.

2.5.2 Técnicas

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta, permitiendo recolectar información relacionada a la problemática objeto de estudio, la misma que se detalla a continuación:

1. Cuestionario de variables psicosociales.
2. Preguntas relacionadas con el Estrés. Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al. 1983).
3. Un cuestionario de Apoyo social. UCLA Loneliness Scale Revised-Short (Hughes, et al. 2004).
4. Type A Behavior Scale (personalidad tipo A)
5. Un cuestionario de Inflexibilidad psicológica. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) (Bond, et al, 2011).
6. Un cuestionario de Resiliencia. Brief Resilience Scale (BRS) (Smith, et al., 2008). Evalúa el grado resiliencia.
7. Un cuestionario de Consumo problemático de alcohol. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Kriston, et al. 2008).
8. Un cuestionario de Consumo problemático de otras drogas. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (OMS, 2010).

9. Un cuestionario de Ansiedad y Depresión. Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4) (Schneider, et al., 2010).
10. Un cuestionario de Satisfacción vital. Satisfaction Life Question (LSQ) (Helliwell, et al., 2012).

2.5.3.- Procedimientos

Una vez finalizado el Seminario de Fin de Carrera, se procede aceptar el proyecto nacional de investigación planteado por la Escuela de Psicología bajo la temática “Análisis de la Variables Psicosociales Asociadas a la salud Mental en los Estudiantes de Bachillerato del Ecuador 2015”, procedo con los pasos a seguir para la culminación del objetivo propuesto; en orden cronológico el proyecto de investigación lo he desarrollado de la siguiente manera:

Para iniciar el trabajo de investigación se procedió a la identificación de las variables psicológicas y escalas psicométricas de medida: variables sociodemográficas, estrés, apoyo social, personalidad tipo A, inflexibilidad psicológica, resiliencia, consumo problemático de alcohol, consumo problemático de otras drogas, ansiedad y depresión y satisfacción vital. Luego se buscó los Centros Educativos: Fiscal, Fisco misional y Privado, en los cuales se aplicarán las encuestas a 50 estudiantes (25 de Primero de Bachillerato y 25 de Segundo de Bachillerato), con la finalidad de identificar las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias y salud mental de los estudiantes. A continuación se solicitó la autorización pertinente para la aplicación de las encuestas mediante un oficio dirigido a los Directores de los Establecimientos en donde se realizó nuestro tema investigativo, dicha petición fue firmada por el Director de la Escuela de Psicología. Una vez aceptada la petición y por acuerdo con los Directores se procedió a entregar a los estudiantes el asentimiento informado y a sus padres o tutores el consentimiento informado, evitando con ello conflictos posteriores y finalmente se realizó la aplicación de los cuestionario a los estudiantes.

Antes de la entrega de instrumentos a los estudiantes fue necesario familiarizarme y adquirir el conocimiento pertinente, para ello se realizó la auto-aplicación de los cuestionarios, y de esta manera poder aclarar cualquier inquietud sobre los instrumentos.

2.5.4.- Recursos

Talento humano

- **Autora:** Adriana Elizabeth Palacios Lupercio
- **Director de Tesis:** Mgtr. Livia Isabel Andrade Quishpe
- **Encuestados:** Estudiantes de Primero y Segundo Año de Bachillerato del Centro Educativo Fiscal Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.
- **Expertos para la validación de la propuesta**

Materiales y Económico

Ítems	Detalle	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	Guía didáctica	1	5,00	5,00
2	Programa de investigación	2	350	7,00
3	Anillado	4	1,50	6,00
4	Borrador	1	0,25	0,25
6	Juego de tinta de impresora	2	70,00	140,00
7	Clips	1	0,25	0,25
8	Computadora	1	1.200,00	1.200,00
9	Copias	1000	0,05	50,00
11	Esferográficos	3	0,50	1,50
12	Flash memory	1	15,00	15,00
13	Engrapadora	1	5,00	5,00
14	Impresora	1	420,00	420,00
15	Lápiz	2	0,25	0,50
16	Papel boom resmas	3	4,00	12,00
18	Saca grapas	1	1,00	1,00
19	Internet horas	40	0,80	32,00
Sub total				2588,50
Imprevistos 10%				265,70
Total				2852,20

Capítulo 3 Análisis de Datos

3.1.- Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos

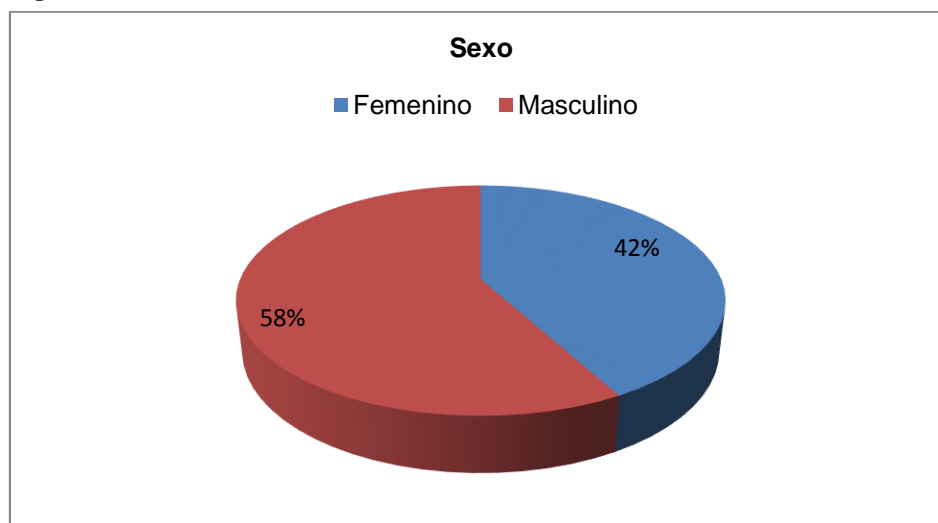
3.1.1.- Datos Psicosociales.

Tabla 1. Sexo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	42%
Masculino	29	58%

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Figura 1. Sexo



Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

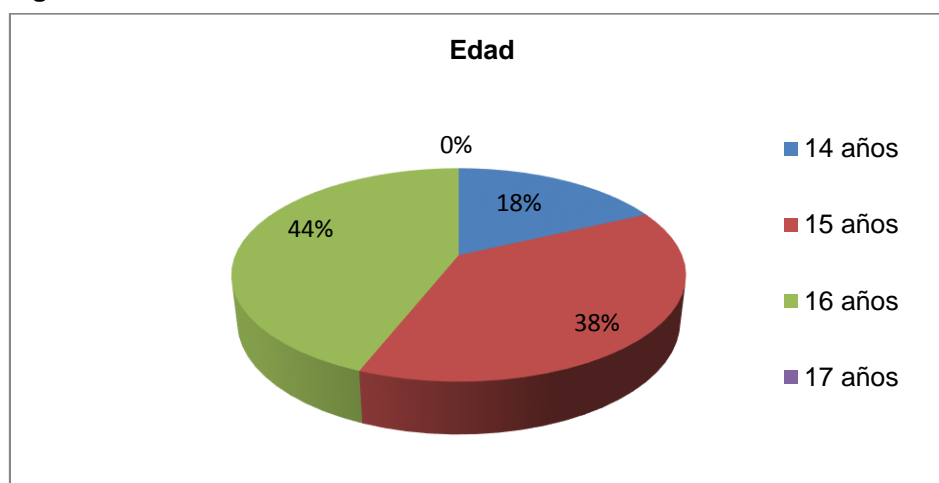
Respecto a la figura 1, podemos verificar que la población investigada está constituida por, el 58% de género femenino y el 42% de género masculino considerándose el 100% de los estudiantes encuestados.

Tabla 2. Edad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
14 años	9	18%
15 años	19	38%
16 años	22	44%
17 años	0	0%

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Figura 2. Edad



Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

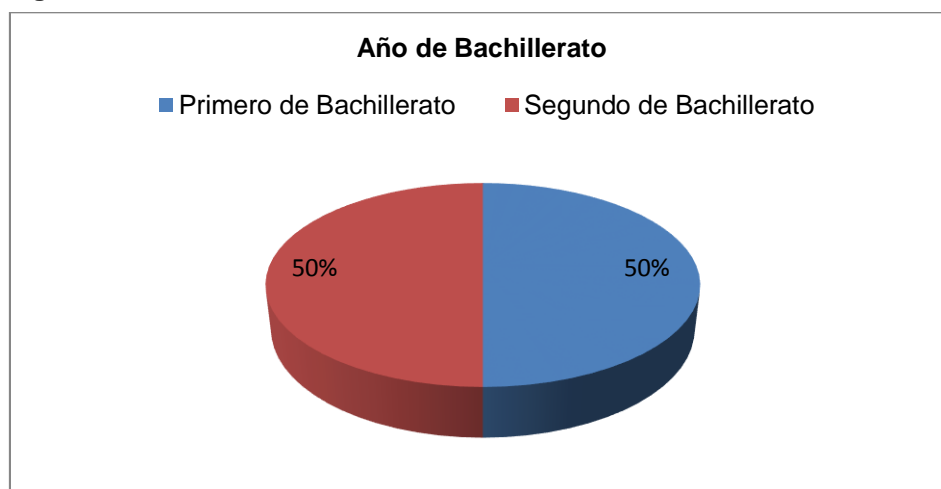
En cuanto a la variable edad el 44% de la muestra investigada, tienen 16 años siendo el grupo de mayor representación en la investigación, el 38% 15 años y finalmente el 18% tienen 14 años (ver figura 2).

Tabla 3. Año de Bachillerato

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Primero de Bachillerato	25	50%
Segundo de Bachillerato	25	50%

Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Figura 3. Año de Bachillerato



Fuente: Programa Nacional de Investigación. Análisis de las variables psicosociales asociadas a la salud mental en los estudiantes de Primero y Segundo de bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Del total de la muestra ($n=50$), el 50% cursan el primer año de bachillerato y el 50% cursan el segundo año de bachillerato (ver figura 3).

Considerando la variable año de bachillerato de la figura 3, existe igual número de investigados en primer año de bachillerato como en segundo año de bachillerato.

3.1.2.- Análisis de resultados generales.

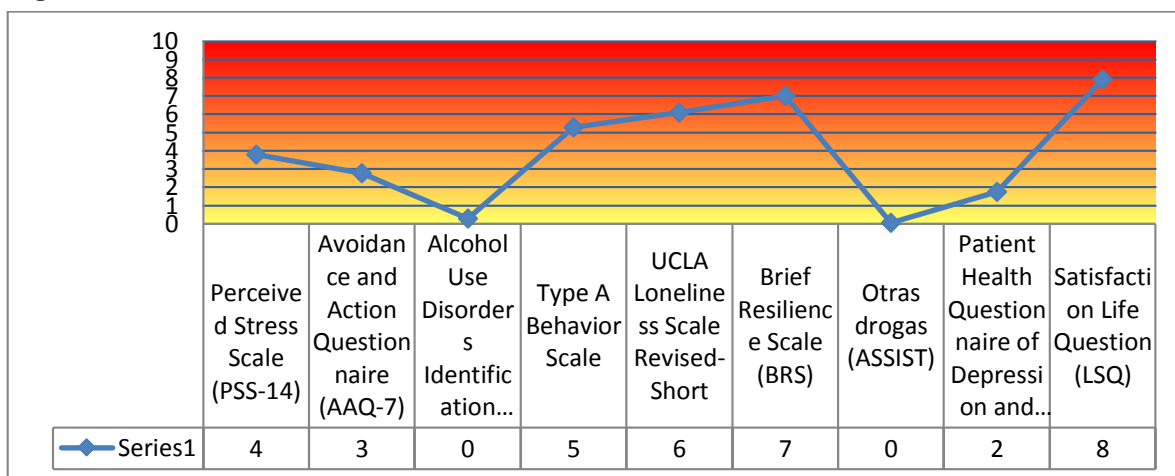
Una vez aplicado la batería de instrumentos psicológicos, se ha considerado una puntuación estándar de 0 a 10, tomando como referencia que 5 es el valor medio, el análisis dependerá de la variable para poder ser definida como protectora o de riesgo.

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

Para que exista una mejor apreciación, es importante señalar que se debe analizar todas las variables representativas, variables que se alejan en al menos 2 puntos de la media. En esta grafica serían: PSS-14, AUDIT, UCLA, BRS, ASSIST, PHQ-9 Y LSQ.

Figura 4. Batería con Resultados Estandarizados



Fuente: Batería de instrumentos psicológicos aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la figura 4 en cuanto a la primera variable que es el estrés, podemos verificar que se ubica en 4 puntos, lo que indica que se presenta como variable de protección el encontrarse sobre la media establecida de 5 puntos.

Tabla 4. Frecuencia (PSS - 14)

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

Fuente: Cuestionario de Estrés aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Una vez analizada la tabla 4, se aprecia que en el reactivo 3, la población investigada presenta mayor frecuencia con 26 individuos, los mismos que en el último mes “casi nunca” se han sentido nerviosos o estresados, mientras que 25 estudiantes manifiestan que “a menudo” las cosas les va bien y finalmente 23 de los investigados “casi nunca” han sentido que las dificultades se les acumula tanto que no pueden superarlas; estos datos se corroboran con la puntuación obtenida en la figura 4.

Al analizar la variable de inflexibilidad psicológica, podemos verificar en la figura 4 que la población investigada cuenta con una puntuación de 3, lo cual está por debajo de la media, por ende se define como variable protectora.

Tabla 5. Frecuencia (AAQ-7)

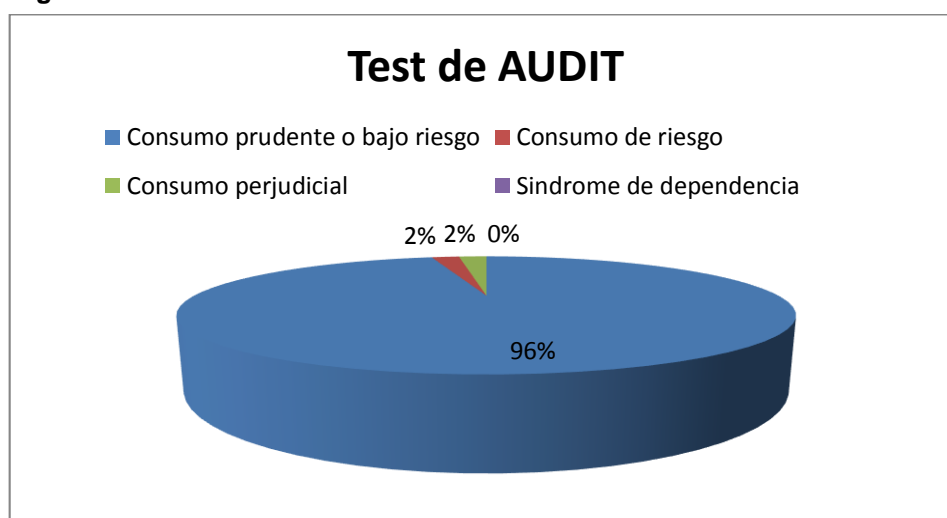
Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	22	17	5	3	2	1	0
2	29	11	3	3	2	1	1
3	27	13	5	3	1	1	0
4	30	9	0	9	2	0	0
5	27	12	2	4	2	2	1
6	26	11	4	3	5	1	0
7	28	12	3	2	3	2	0

Fuente: Cuestionario de Inflexibilidad Psicológica aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 5, la mayor frecuencia de 30 individuos se sitúa en el (reactivo 4), a los estudiantes los recuerdos dolorosos no les impiden llevar una vida plena, eso se atribuye a la puntuación obtenida en la figura 4.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas en la Tabla General correspondiente al Test AUDIT, cuenta con una puntuación baja, lo que indican que los estudiantes poseen un consumo de bajo riesgo más no síndrome de dependencia. Al ubicarse por debajo de la media, con esto podemos afirmar que se presenta como variable de protección.

Figura 5. Test AUDIT



Fuente: Cuestionario de AUDIT aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato de la Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura 5, se puede observar que el mayor porcentaje, corresponde a un consumo prudente o de bajo riesgo con el 96%, de igual forma el consumo perjudicial y el consumo de riesgo con el 2%.

En base a la figura 4, al interpretar los resultados de la variable personalidad, se observa que mantiene una puntuación de 5, igual a la media establecida, lo cual señala al tipo de personalidad A (Type A Behavior Scale) como una variable de riesgo.

Tabla 6. Frecuencia (TYPE A)

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	23	10	16	1
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	12	17	17
3	5	26	14	5
4	2	19	17	12
5	2	22	18	8
6	4	18	16	12
Reactivo	Si		No	
7	35		15	
8	39		11	
9	29		21	
10	17		33	

Fuente: Cuestionario de Tipo de Personalidad A aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Con las frecuencias presentadas en la tabla 6 en referencia al tipo de personalidad, el (reactivo 8) los estudiantes se sienten que el estudio los ha llevado al límite del agotamiento, 39 jóvenes respondieron positivamente, siendo esta la categoría más significativa en la tabla. Con una frecuencia de 26 individuos se presenta el (reactivo 3) son muy exigentes y competitivos, optaron por la respuesta de vez en cuando. Finalmente el (reactivo 1) tiene un fuerte deseo de sobresalir, ser los mejores en la mayor parte de las cosas, se ubican 23 individuos.

En base a la figura 4, con una puntuación de 6 correspondiente a la variable de Apoyo Social (UCLA), supera la media establecida considerándose una variable de riesgo, lo cual permite apreciar que la población investigada manifiesta sentimientos de soledad, al sentirse aislados y sin recibir apoyo de la sociedad que les rodea,

Tabla 7. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA)

Reactivo	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	22	20	5	3
2	2	5	18	25
3	3	5	18	24
4	3	7	16	24
5	21	20	4	5
6	20	19	8	3
7	2	7	21	20
8	3	6	22	19
9	20	22	3	5
10	17	23	4	6
11	6	4	18	22
12	5	4	17	24
13	5	4	15	26
14	6	3	14	27
15	19	23	0	8
16	20	22	1	7
17	3	6	16	25
18	6	3	23	18
19	21	21	2	6
20	20	22	2	6

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 7 del Cuestionario de Apoyo Social, la mayor frecuencia es de 27 individuos (reactivo 14), los mismos que en el último mes “siempre” se han sentido aislados de los demás, mientras que en el (reactivo 13), 26 estudiantes manifiestan sentir que nadie los conoce realmente. Finalmente en el (reactivo 17) con una frecuencia de 25 investigados siempre se han sentido tímidos.

En el caso de la variable resiliencia (Brief Resilience Scale), la población investigada se ubica con una puntuación de 7, lo cual se aprecia como un puntaje elevado respecto a la media, de esta forma se afirma que los estudiantes pueden superar positivamente los problemas que les afrontan, al ser una variable protectora.

Tabla 8. Frecuencia de Resiliencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	7	4	7	22	10
2	19	17	8	4	2
3	10	8	7	19	6
4	17	15	6	7	5
5	12	6	5	21	6
6	18	17	6	5	4

Fuente: Cuestionario de Resiliencia aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 8, la mayor frecuencia de 22 individuos se sitúan en el (reactivo 1) los estudiantes tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles, para lo cual eligen como respuesta la categoría de acuerdo, eso se atribuye a la puntuación obtenida de la figura 4.

Para el caso de la variable consumo de otras drogas (ASSIT), puntúa con 0, ya que existe un consumo mínimo de drogas en la población investigada.

Tabla 9. Porcentajes obtenidos. Test ASSIT

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	50	0	0	0	0
2	48	2	0	0	0
3	47	3	0	0	0
4	50	0	0	0	0
5	50	0	0	0	0
6	50	0	0	0	0
7	50	0	0	0	0
8	50	0	0	0	0
9	50	0	0	0	0
10	50	0	0	0	0
11	50	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario de ASSIT aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Al apreciar la tabla 9, se puede afirmar que los estudiantes no consumen droga, pero existe una frecuencia de 3 individuos que han consumido otras sustancias psicoactivas como alcohol y tabaco, 1 o 2 veces en los últimos 3 meses.

De acuerdo a la figura 4 se observa que la variable depresión posee una puntuación de 2, siendo una variable protectora, al ubicarse por debajo de la media.

Tabla 10. Cuestionario de Depresión (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios Días	Más de la Mitad de los Días	Casi cada día
1	32	10	1	7
2	33	10	2	5
3	33	10	3	4
4	32	9	5	4
5	31	10	6	3
6	33	10	4	3
7	37	7	3	3
8	37	9	1	3
9	40	7	1	2

Fuente: Cuestionario de Depresión aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 10 del Cuestionario de Depresión, la mayor frecuencia es de 40 en el (reactivo 9) los estudiantes nunca han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma, con una frecuencia de 37 se presentan 2 reactivos: (reactivo 8) nunca se han sentido inquietos o intranquilos y el (reactivo 7) los adolescentes nunca han tenido problema para concentrarse en actividades como leer o ver televisión.

Finalmente se tiene la variable (Satisfaction on Life), con una puntuación de 8 ubicándose sobre la media, esta puntuación define que la población investigada considera tener una buena satisfacción de vida al ser una variable protectora.

Tabla 11. Frecuencia de Satisfacción de Vida (LSQ)

Insatisfecho 0	1	2	3	4	Neutral 5	6	7	8	9	10
0	1	1	1	3	0	3	8	8	11	14

Fuente: Cuestionario de Satisfacción Vital aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Con una frecuencia de 14 individuos en la tabla 11, la población investigada respondió tener una vida plenamente satisfactoria con una puntuación de 10.

3.1.3.- Análisis de resultados respecto al género femenino.

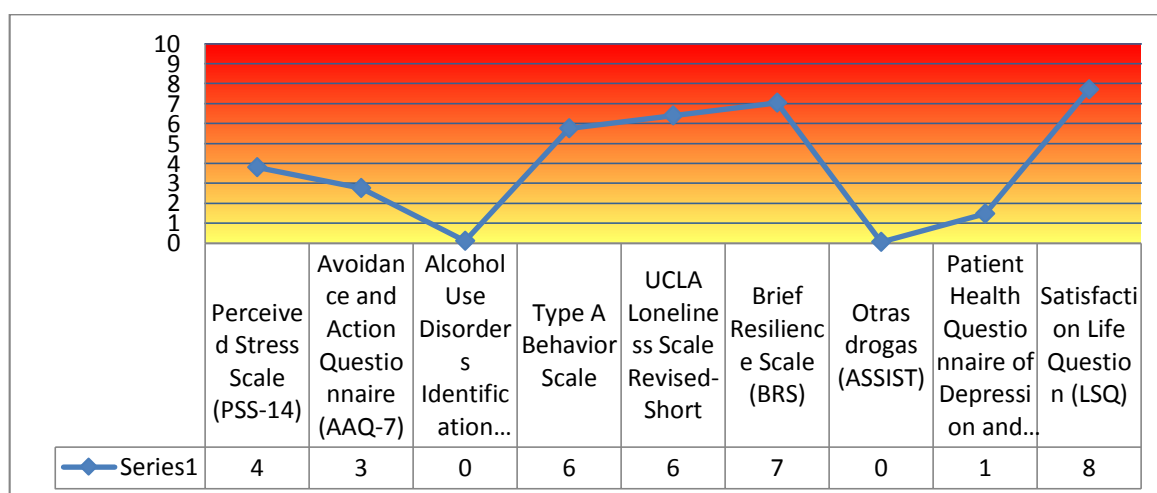
En este apartado se realiza el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población femenina investigada, se debe considerar la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio, el análisis dependerá de la variable para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

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

Para que exista una mejor apreciación, es importante señalar que se debe analizar todas las variables representativas, variables que se alejan en al menos 2 puntos de la media. En esta grafica serían: PSS-14, AUDIT, UCLA, BRS, ASSIST, PHQ-9 Y LSQ.

Figura 6. Resultados Estandarizados Género Femenino.



Fuente: Batería de Instrumentos Psicológicos aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Respecto a los resultados obtenidos en la figura 6, se puede evidenciar que la población investigada referente al término femenino en la variable estrés, puntúa con 4 en la escala de 0 a 10, lo cual determina ser una variable protectora.

Tabla 12. Frecuencia (PSS-14).

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

Fuente: Cuestionario de Estrés aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede evidenciar en la tabla 12, con una frecuencia de 13 se presentan 2 reactivos con el mismo porcentaje: (reactivo 3) en el último mes “casi nunca” han sentido nervios o estrés y el (reactivo 13) en el último mes “a menudo” han podido controlar la forma de invertir el tiempo, de la misma manera con una frecuencia de 12 se presentan 2 reactivos con el mismo porcentaje: (reactivo 4) en el último mes “de vez en cuando” han manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida y el (reactivo 7) en el último mes “a menudo” han sentido que las cosas les va bien.

En el caso de la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se puntúa en 3, por debajo de la media establecida, siendo considerada una variable de riesgo.

Tabla 13. Frecuencia (AAQ-7).

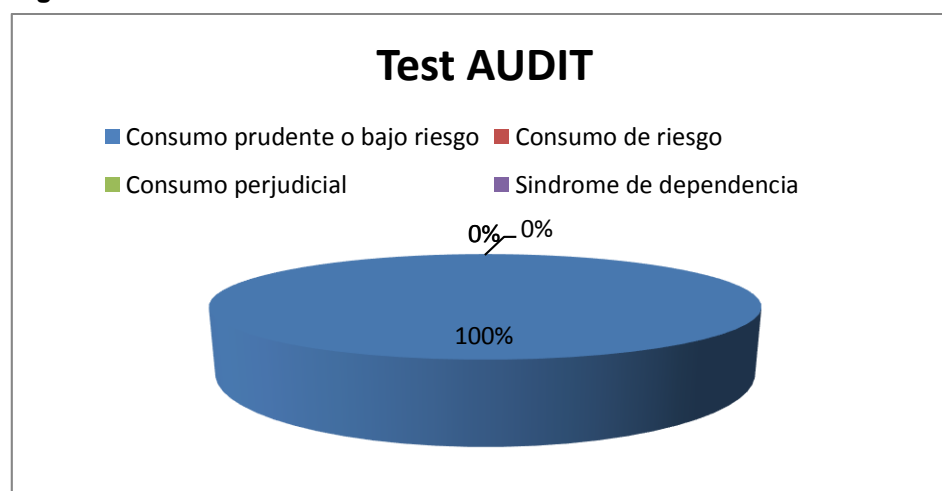
Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	8	10	1	1	0	1	0
2	8	8	3	0	0	1	1
3	9	8	2	2	0	0	0
4	11	6	0	4	0	0	0
5	10	8	0	0	1	1	1
6	10	7	3	1	0	0	0
7	10	9	1	0	0	1	0

Fuente: Cuestionario de Inflexibilidad Psicológica aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 13, la mayor frecuencia de 11 individuos se sitúa en el (reactivo 4), a los estudiantes los recuerdos dolorosos no les impiden llevar una vida plena, eso se atribuye a la puntuación obtenida en la figura 4.

De acuerdo a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), la población investigada de género femenino puntúa con 0 en la figura 6, lo cual está por debajo de la media con un puntaje consideradamente bajo, con ello podemos afirmar que se presenta como variable de protección.

Figura 7. Test AUDIT



Fuente: Cuestionario AUDIT aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la figura 7 correspondiente al Test AUDIT, el consumo de alcohol en la población objeto de estudio, no existe síndrome de dependencia, consumo perjudicial o de

riesgo, ya que el 100% de las estudiantes encuestadas han consumido bebidas alcohólicas de manera prudente, siendo un consumo de bajo riesgo.

Del total de población investigada del género femenino, para la variable de personalidad (Type A) puntúa 6, sobrepasando la media, siendo considerada como variable de riesgo.

Tabla 14. Frecuencia (TYPE A).

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

Fuente: Cuestionario de Tipo de Personalidad A aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Se aprecia en la tabla 14 las frecuencias más representativas, respecto al deseo de sobresalir y ser la mejor en la mayor parte de cosas se presenta con una frecuencia de 9. Exigentes y competitivas 12 mujeres respondieron en la categoría de vez en cuando respectivamente. Finalmente han respondido positivamente 18 mujeres que el trabajo y el estudio las ha llevado al límite del agotamiento.

Con una puntuación de 6 correspondiente a la variable de Apoyo Social (UCLA), la misma que supera a la media, lo cual permite apreciar que la población investigada manifiestan sentimientos de soledad, pudiendo ser considerada como una variable de riesgo.

Tabla 15. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA).

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

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 15 del Cuestionario de Apoyo Social, la mayor frecuencia es de 12 individuos, esto se evidencia en 5 reactivos con el mismo porcentaje: (reactivo 14) las estudiantes “siempre” se han sentido aisladas de los demás, (reactivo 15) nunca han encontrado compañía cuando lo han deseado, (reactivo 16) nunca han sentido que las personas realmente las comprenden, (reactivo 19) no hay personas con quien puedan hablar y el (reactivo 20) nunca han sentido que hay personas con las que pueden contar.

De acuerdo a lo observado en la figura 6 respecto a la variable resiliencia (Brief Resilience Scale) puntúa con 7 en la escala de 10, lo cual se atribuye que afrontan los problemas de forma positiva, siendo considerada como variable protectora.

Tabla 16. Frecuencia (BRS).

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	2	4	8	5
2	8	7	5	0	1
3	3	9	6	7	2
4	9	8	6	3	1
5	5	4	3	8	1
6	7	8	4	1	1

Fuente: Cuestionario de Resiliencia aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Esto se corrobora con los resultados obtenidos en la tabla 16, al concentrar la mayor frecuencia de 9 que se sitúa en el (reactivo 3) no les lleva mucho tiempo recuperarse de una situación estresante.

En base a la figura 6, la variable Consumo de otras drogas (Test ASSIT), se ubica con una puntuación de 0 considerándola como una variable de protección, al encontrarse debajo de la media establecida lo que refiere que en los individuos existe un consumo mínimo de drogas en la población investigada. Al analizar las frecuencias de la tabla 17, 2 de los investigados respondió que han consumido otras sustancias psicoactivas como alcohol y tabaco, 1 o 2 veces en los últimos tres meses.

Tabla 17. Porcentajes obtenidos. Test (ASSIT).

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	21	0	0	0	0
2	19	2	0	0	0
3	19	2	0	0	0
4	21	0	0	0	0
5	21	0	0	0	0
6	21	0	0	0	0
7	21	0	0	0	0
8	21	0	0	0	0
9	21	0	0	0	0
10	21	0	0	0	0
11	21	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario de ASSIT aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

De acuerdo a la figura 6 se observa que la variable depresión posee una puntuación de 1, siendo una variable protectora, al ubicarse por debajo de la media que es 5.

Tabla 18. Cuestionario de Depresión (PHQ-9).

Reactivo	Nunca	Varios Días	Más de la Mitad de los Días	Casi cada día
1	13	5	0	3
2	14	5	0	2
3	15	3	1	2
4	11	6	2	2
5	13	5	2	1
6	15	5	1	0
7	17	4	0	0
8	16	5	0	0
9	17	4	0	0

Fuente: Cuestionario de Depresión aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 18 del Cuestionario de Depresión, la mayor frecuencia es de 17 en dos reactivos (7 y 9) los estudiantes no tiene problema para concentrarse y nunca han pensado que estarían mejor muertos o hacerse daño de alguna forma, con una frecuencia de 16 en el (reactivo 8) nunca se han sentido inquietos o intranquilos y con una frecuencia de 15 en dos reactivos (3 y 6) no tienen problemas para dormir, ni se sienten mal consigo mismo o que son un fracaso.

Tabla 19. Frecuencia (LSQ).

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

Fuente: Cuestionario de Satisfacción Vital aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

El análisis anterior lo comparamos con la tabla 19 en la cual se observa que la mayor frecuencia se sitúa en la categoría 10 con una frecuencia de 7.

3.1.4.- Análisis de resultados respecto al género masculino.

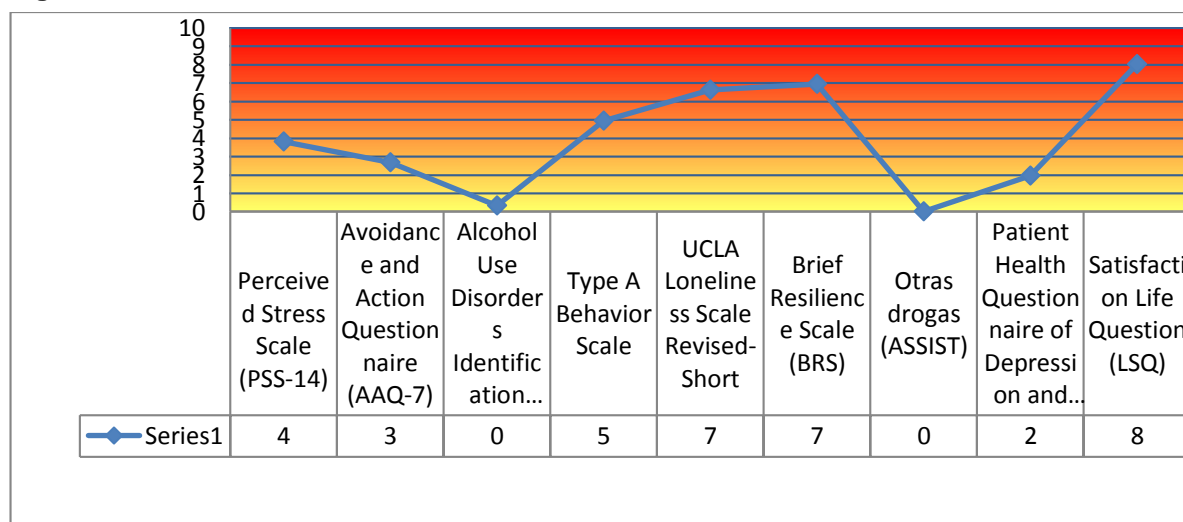
En este apartado se efectúa el análisis de los resultados obtenidos de la batería de instrumentos psicológicos aplicados a la población masculina investigada, para esto se debe tomar en consideración la puntuación estandarizada de 0 a 10, tomando en cuenta que 5 es el valor medio, el análisis dependerá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

Las consideraciones de las puntuaciones son:

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

Para que exista una mejor apreciación, se debe analizar todas las variables representativas, variables que se alejan en al menos 2 puntos de la media. En esta grafica serían: PSS-14, AUDIT, UCLA, BRS, ASSIST, PHQ-9 Y LSQ.

Figura 8. Resultados Estandarizados Género Masculino.



Fuente: Batería de Instrumento Psicológicos aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Con los resultados obtenidos en la figura 8, respecto a la variable estrés (PSS-14) su puntuación es de 4 con lo que se afirma que la variable es considerada de protección.

Tabla 20. Frecuencia (PSS-14).

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

Fuente: Cuestionario de Estrés aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

De acuerdo a la tabla 20, se aprecia que la población investigada presenta mayor frecuencia con 16 individuos, los mismos que en el último mes han sentido “casi nunca” que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas y con una frecuencia de 14 individuos en dos reactivos (reactivo 1) “nunca” se han sentido afectados por algo que ha ocurrido inesperadamente y en el (reactivo 2) “nunca” se han sentido incapaz de controlar las cosas importantes en sus vidas.

En cuanto a la variable inflexibilidad psicológica (AAQ-7) se ubica con una puntuación de 3 ubicándose por debajo de la media considerándose como una variable protectora.

Tabla 21. Frecuencia (AAQ-7).

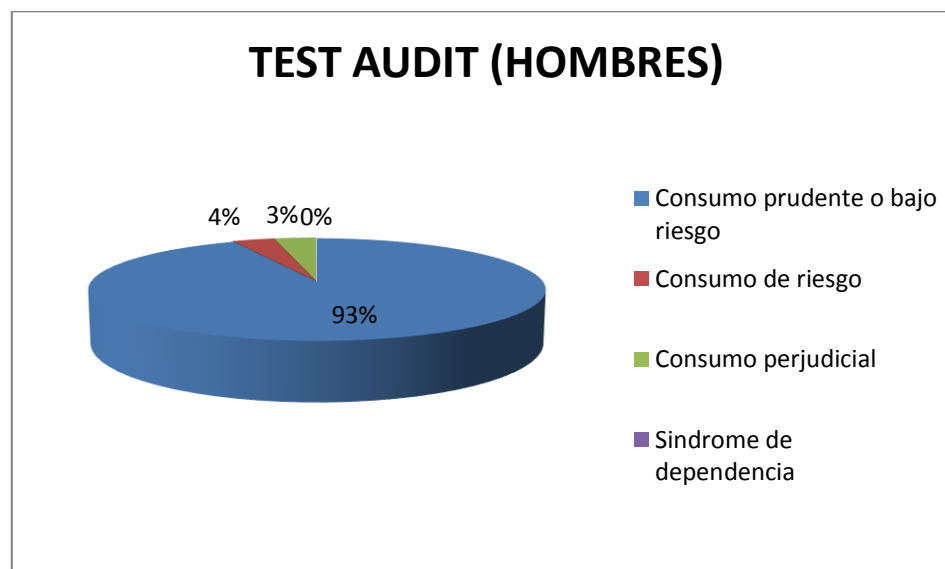
Reactivo	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	15	6	4	2	2	0	0
2	22	3	0	2	2	0	0
3	19	5	2	1	1	1	0
4	20	3	0	4	2	0	0
5	19	3	1	4	1	1	0
6	17	4	1	1	5	1	0
7	19	3	1	2	3	1	0

Fuente: Cuestionario de Inflexibilidad Psicológica aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 21, la mayor frecuencia de 22 individuos se sitúa en el (reactivo 2), los estudiantes no tienen miedo de sus sentimientos y con una frecuencia de 20 en el (reactivo 4), los recuerdos dolorosos no les impiden llevar una vida plena; esto se atribuye a la puntuación obtenida en la figura 4.

Respecto a la variable consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT), de acuerdo a la puntuación observada en la figura 8 es de 0 puntos, ubicándose por debajo de la media con un puntaje considerablemente bajo, con ello podemos afirmar que se presenta como variable de protección.

Figura 9. Test AUDIT.



Fuente: Cuestionario de AUDIT aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7 Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Para confirmar el análisis de la puntuación obtenida, podemos apreciar en la figura 9 correspondiente al Test AUDIT, el consumo de alcohol en la población objeto de estudio el 93% de los estudiantes encuestados han consumido bebidas alcohólicas de manera prudente siendo el porcentaje más representativo, el 4% presenta un consumo de riesgo y el 3% un consumo perjudicial.

En cuanto al análisis de la variable personalidad (Type A) en la figura 8 se observa una puntuación de 5, igual a la media de 5 puntos; se verifica a su vez por las frecuencias presentadas en la tabla 22; en la cual 24 individuos respondieron que no se sienten molestos al esperar, 14 se ubican en tener el deseo de sobresalir y ser los mejores y 14 en ser exigentes y competitivos. No es considerada como una variable de riesgo.

Tabla 22. Frecuencia (Type A).

Reactivo	Muy bien	Bastante bien	En parte	Nada
1	14	5	10	0
Reactivo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
2	4	5	9	11
3	5	14	8	2
4	2	11	7	9
5	2	11	11	5
6	3	8	10	8
Reactivo	Si		No	
7	20		9	
8	21		8	
9	13		16	
10	5		24	

Fuente: Cuestionario de Tipo de Personalidad A aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Con una puntuación de 7 correspondiente a la variable de Apoyo Social (UCLA), la misma que supera a la media, lo cual permite apreciar que la población investigada presenta altos niveles de soledad, pudiendo ser considerada una variable de riesgo, porque se sienten solos al no encontrar la comprensión y compañía que ellos necesitan.

Tabla 23. Frecuencia de Apoyo Social (UCLA).

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

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 23 del Cuestionario de Apoyo Social, la mayor frecuencia es de 18, presentándose en 2 reactivos con el mismo porcentaje: (reactivo 15) los estudiantes rara vez encuentran compañía cuando lo desean y el (reactivo 20) rara vez han sentido que hay personas con las que pueda contar.

Con los resultados obtenidos en la figura 8 respecto a la variable de resiliencia (Brief Resilience Scale), se tiene una puntuación de 7 por lo tanto la población masculina objeto de investigación supera los problemas presentados de una manera positiva, se considera a su vez como variable protectora.

Tabla 24. Frecuencia (BRS)

Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	5	2	3	14	5
2	11	10	3	4	1
3	7	5	1	12	4
4	8	13	0	4	4
5	7	2	2	13	5
6	11	9	2	4	3

Fuente: Cuestionario de Resiliencia aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

De acuerdo a la tabla 24, se tiene una frecuencia de 14 individuos que respondieron en la categoría “de acuerdo” los estudiantes se recuperan rápidamente después de momentos difíciles.

Respecto a la variable consumo de otras drogas (Test ASSIT) respecto a la figura 8 y tabla 25, se ubica con una puntuación de 0 como una variable de protección, por debajo de la media establecida lo que refiere que en los individuos existe un consumo mínimo de drogas en la población investigada. Al analizar la frecuencia 1 de los individuos respondió que ha consumido otras sustancias psicoactivas como alcohol y tabaco, 1 o 2 veces en los últimos tres meses.

Tabla 25. Porcentajes obtenidos. Test (ASSIT) género masculino

Reactivo	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
1	29	0	0	0	0
2	29	0	0	0	0
3	28	1	0	0	0
4	29	0	0	0	0
5	29	0	0	0	0
6	29	0	0	0	0
7	29	0	0	0	0
8	29	0	0	0	0
9	29	0	0	0	0
10	29	0	0	0	0
11	29	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario de ASSIT aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

De acuerdo a la figura 8 se observa que la variable depresión posee una puntuación de 2, siendo una variable protectora, al ubicarse por debajo de la media que es 5.

Tabla 26. Cuestionario de Depresión (PHQ-9)

Reactivo	Nunca	Varios Días	Más de la Mitad de los 2 Días	Casi cada día
1	19	5	1	4
2	19	5	2	3
3	18	7	2	2
4	20	4	3	2
5	18	5	4	2
6	18	5	3	3
7	20	3	3	3
8	21	4	1	3
9	22	3	1	2

Fuente: Cuestionario de Depresión aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

Como se puede apreciar en la tabla 26 del Cuestionario de Depresión, la mayor frecuencia es de 22 en el (reactivo 9) los estudiantes nunca han pensado que estarían mejor muertos o han deseado hacerse daño de alguna forma, con una frecuencia de 21 en el (reactivo 8) nunca se han sentido inquietos o intranquilos y con una frecuencia de 20 presente en los reactivos (4 y 7) no se sienten cansados y nunca han tenido problema para concentrarse en actividades como leer o ver televisión.

En lo que respecta a la variable satisfacción de vida los estudiantes investigados poseen una puntuación de 8, lo cual significa que es una variable protectora, esto se puede verificar con los resultados obtenidos en la tabla 27, la mayor frecuencia es de 9 ubicada en 9 puntos. Esto da a entender que el nivel de satisfacción con la vida en general es casi completamente satisfactorio.

Tabla 27. Frecuencia (LSQ)

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

Fuente: Cuestionario de Satisfacción Vital aplicado a estudiantes de Primero y Segundo de Bachillerato Zona 7, Distrito 11D07, Circuito 11D07C01_b.

3.2.- Discusión de los Resultados Obtenidos

Considerando los resultados obtenidos en la investigación, los estudiantes presentan bajos niveles de estrés porque la variable no sobrepasa la media establecida, apreciándose como una variable de protección en los estudiantes investigados. Esto se puede comprobar con las más altas frecuencias que se evidencia en los ítems: no han sentido nervios o estrés, siente que las cosas les va bien y casi nunca han sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas. En base a la literatura podemos encontrar que algunos jóvenes, saben encajar bien la llegada del estrés, sobreponiéndose con facilidad, siendo más resolutivos en la vida adulta; a diferencia de otros que se sienten incapaces de superar estas situaciones, manifestando una serie de problemas de adaptación (Berra, Muñoz, Vega, Silva y Gómez 2014). De esta manera, se evidencia que los resultados de la investigación no difieren de la presentada en la literatura, porque los adolescentes a pesar de que tienen que enfrentarse a diversas situaciones estresantes, logran superarlas utilizando estrategias de afrontamiento adecuadas.

Los adolescentes no presentan inflexibilidad psicológica, porque la variable no sobrepasa la media establecida, siendo una variable de protección; los adolescentes poseen la habilidad para modular su comportamiento en función de sus necesidades, esto ayuda a que los recuerdos dolorosos no les impidan llevar una vida plena. Así “La flexibilidad psicológica es la posibilidad de cambiar los medios o vías de solución cuando estos resulten inadecuados, es saber encontrar nuevos caminos para estudiar un objeto sin aferrarse a lo dado, sin atenerse al plan mental prefijado cuando surgen situaciones que modifican las condiciones originales”(Martínez, 2015). Se evidencia que estos resultados no difieren de la literatura, porque al no lograr modular el comportamiento no podrían actuar con eficacia de acuerdo a los valores personales en presencia de pensamiento, sentimientos o sensaciones desagradables. Por otro lado, al analizar y discutir el consumo de bebidas alcohólicas correspondiente a la variable AUDIT en nuestro estudio; se puede definir que el consumo de alcohol en los adolescentes no es un riesgo representativo. Por lo tanto de acuerdo a los resultados obtenidos se tiene que el 96% de la muestra investigada ingiere alcohol, esto evidencia que el inicio de consumo es a temprana edad. En el presente estudio un gran porcentaje de los adolescentes investigados ingieren alcohol; el 96% del total se ubica en un consumo prudente o de bajo riesgo; seguidamente el consumo de riesgo y el consumo perjudicial se sitúan en el 2%; al ir variando los ambientes que facilitan dicho consumo. Al igual que sucede en la mayor parte de las conductas de riesgo, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (cannabis, anfetaminas, cocaína) es uno de los comportamientos más problemáticos de los jóvenes en la actualidad; no en vano la adolescencia constituye la etapa de

mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo (González, Hernández, Bravo, y López, 2012). Así, el consumo de alcohol es significativo entre ambos géneros hombres y mujeres, al evidenciar un nivel de consumo del 93% y el 100% respectivamente. De acuerdo a los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2014) en nuestro país, de acuerdo al consumo por sexo, los hombres presentan un nivel de consumo 64% por lo tanto consumen con mayor frecuencia que las mujeres quienes presentan el 36% de consumo. Este fenómeno es preocupante en el caso de los adolescentes al situarse en un nivel de consumo superior al de sus compañeras.

De acuerdo al análisis de la variable personalidad, se puede deducir que la Personalidad Tipo A en los estudiantes no es una variable de riesgo, lo cual se puede verificar con las más altas frecuencias reflejadas en los siguientes ítems: tienen un fuerte deseo de sobresalir, ser los mejores en la mayor parte de las cosas, son exigentes y competitivos y no se sienten molestos al esperar. En base a la literatura, “Jenkins (1975) explica que el patrón de conducta tipo A es considerado un síndrome de conducta manifiesta o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad, apresuramiento, impaciencia, inquietud, hiperalerta, expresividad en el habla, tensión en los músculos faciales, sensación de estar bajo presión y el desafío con la responsabilidad” (Martínez Ávila, Serrano Díaz, y Amador Velázquez, 2012). Se puede evidenciar que las particularidades de los adolescentes de nuestra investigación difieren de la presentada en la literatura, al existir otros aspectos que deben ser considerados para la presencia de este tipo de personalidad. Al realizar el análisis de los datos obtenidos en el Cuestionario de Apoyo Social (UCLA) referente a la variable de soledad, los adolescentes son: tímidos y se sienten aislados de los demás debido a que nadie los conoce realmente; existe percepción de soledad, ya que la variable de apoyo social sobrepasa la media establecida, siendo considerada una variable de riesgo, porque no cuentan con los recursos humanos y materiales necesarios para superar sus inconvenientes. Así en la literatura, “El apoyo social involucra vínculos sociales que facilita el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales, al proporcionar retroalimentación acerca de la propia identidad y desempeño de las personas” (Orcasita y Uribe, 2010). Los resultados de la investigación no difieren de la presentada en la literatura, porque los adolescentes necesitan contar con personas que se interesen por ellos, aceptándolos incondicionalmente.

Al realizar el análisis y discusión de la investigación la variable resiliencia supera la media establecida, apreciándose como una variable de protección, ya que los adolescentes tienden a recuperarse rápidamente después de momentos difíciles. En base a la literatura de la

investigación de Guillén (2006) determina que la resiliencia conlleva mantener flexibilidad y balance en la vida, a medida que se enfrenta circunstancias difíciles y eventos traumáticos. Los resultados obtenidos no difieren de los presentados en la literatura, ya que el objetivo prioritario en la promoción de la salud de la adolescencia debe ser el desarrollo de la resiliencia, darles la oportunidad de poner a prueba sus propias capacidades, para lograr el éxito, porque el tropiezo se convertirá en crecimiento personal siempre que exista apoyo interno y externo. Por otro lado, al analizar y discutir el consumo de otras drogas dentro de la investigación se puede apreciar que existe un consumo mínimo de drogas lícitas como: el alcohol y el tabaco.

La variable depresión no supera la media establecida, apreciándose como una variable de protección, pues los adolescentes nunca han pensado que estarían mejor muertos o han intentado quitarse la vida. En base a la literatura presentada en la investigación, los adolescentes con depresión manifiestan una fuerte irritabilidad, proyectando su frustración y rabia hacia familiares con quienes se muestran excesivamente críticos, adoptando conductas sociales de riesgo o en algunas ocasiones pueden amenazar con irse de casa, autolesionarse o expresar ideas o intentos de suicidio. (Calvete y Estévez, 2009) De ahí que la depresión se presente como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades (Veytia, López, Andrade, y Hans, 2012). Se logra evidenciar que los resultados de la investigación difieren de la literatura, al no existir pérdida de la autoestima, ni ausencia de interés por las actividades cotidianas. Finalmente se tiene la variable Satisfacción de Vida, que se ubica sobre la media establecida, esta puntuación la define como una variable de protección.

CONCLUSIONES

Luego de haber concluido el trabajo de investigación y de realizar el análisis y descripción de los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Las variables psicosociales consideradas predictores de la salud mental en los adolescentes son: el estrés, la resiliencia, y la satisfacción de vida, ya que los adolescentes han logrado desarrollar la capacidad para superar las circunstancias traumáticas, al contar con los recursos humanos y materiales necesarios, logrando desarrollar una valoración positiva de su vida en general o de aspectos particulares.
- Las variables psicosociales consideradas predictores del consumo problemático de sustancias son: la inflexibilidad psicológica aquella inhabilidad para modular el comportamiento en función de su utilidad, la personalidad tipo A al no disfrutar de la vida presentando vulnerabilidad al estrés y a padecer enfermedades psicosomáticas, la falta de apoyo social y la depresión que provoca la disminución de las funciones psíquicas.
- El consumo de alcohol en los adolescentes presentan una puntuación de 2 en la tabla general existiendo un consumo mínimo, de acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario AUDIT el mayor porcentaje corresponde a un consumo prudente o de bajo riesgo con el 96%, consumo perjudicial con el 2%, consumo de riesgo con el 2%, y no existe síndrome de dependencia.
- El consumo de otras drogas en los adolescentes presentan una puntuación de 2 en la tabla general existiendo un consumo mínimo, de acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario ASSIT porque existe una frecuencia de 3 individuos que han consumido otras sustancias psicoactivas como el alcohol y el tabaco, 1 o 2 veces en los últimos 3 meses.

RECOMENDACIONES

- Reconocer oportunamente las variables de riesgo vinculadas a la salud mental y consumo de sustancias psicotrópicas, porque a pesar de que el contexto social ejerce presión intensa o mínima en el individuo, la decisión es individual ya que cada adolescente pone de manifiesto estas características, que dan diferente significado a las influencias ambientales.
- Fortalecer las variables de protección vinculadas a la salud mental y consumo de sustancias psicotrópicas desarrollando habilidades para la vida, por medio de programas y talleres de prevención teniendo como objetivo fortalecer las competencias psicosociales de los estudiantes, estimulando así la capacidad para establecer metas, manejar la presión de grupo, tomar decisiones adecuadas, establecer y mantener relaciones, tener un autoconcepto y una autoestima saludables, desarrollando así pensamiento autónomo.
- Prestar la atención necesaria a los estudiantes que están involucrados en el problema del consumo de alcohol y drogas, centrando esfuerzos en la prevención y protección, al mostrar mayor vulnerabilidad; siendo de suma importancia realizar estudios más profundos y detallados.
- Desarrollar compromisos de no consumo de sustancias como alcohol y drogas, donde se ofrezca a los estudiantes información sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicotrópicas, promoviendo así el desarrollo de destrezas, que les permita identificar y actuar de forma saludable ante las situaciones de riesgo.

En la presente investigación se considera necesario señalar diversos factores limitantes, que no se han podido controlar y que deben quedar contemplados en las futuras investigaciones:

- Introducir en investigaciones futuras, no solo el uso de técnicas cuantitativas, sino también la utilización de técnicas cualitativas, ya que nos permiten obtener información sobre las interacciones, actividades, valores, ideologías y expectativas de los participantes en los escenarios familiares, escolares y comunitarios.

▪ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alcántara Moreno, G. (2008). La Definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* , 96. [en línea]. Disponible en <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2010/seminario-extensionista-aportes-de-la-epidemiologia-comunitaria/unc-seu-definicion-salud-oms.pdf> [Visitado el 21 de Septiembre del 2016].
2. Alpízar López, M., Pérez Hoz, G., & García Hernández, I. (2008). Previnendo el Alcoholismo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2.
3. Astray, A. A., & De Roda , A. B. (2008). El Apoyo Social en la predicción a corto y medio plazo de la permanencia del voluntariado socioasistencial. *Psicothema*, 97-103.
4. Berra Ruiz, E., Muñoz Maldonadp, S. I., Vega Valero , C. Z., Silva Rodríguez, A., & Gómez Escobar, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en la adolescencia. *Revista Interconental de Psicología y Educación.*, 39-45.
5. Besada Fernández, R. (2007). *Técnicas de apoyo psicologico y social al paciente y familiares*. España: Ideaspropias Editorial.
6. Calvete , E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones.*, 49-56.
7. Casas Rivero, J., y Ceñal González Fierro, M. (07 de Marzo de 2008). *Desarrollo del Adolescente. Aspectos Físicos, Psicológicos*. Obtenido de infomed. [en línea]. Disponible en [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf) [Visitado el 21 de Septiembre del 2016]
8. Cáceres , D., Salazar , I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 3.
9. Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad* . Mexico: PEARSON Educación.
10. Comín Anadón, E., De la Fuente Albarrán, I., & Garcia Galve, A. (s.f). *El Estrés y el Riesgo para la Salud*. España: MAZ Departamento de Prevención, 16-23 [en línea]. Disponible en: <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf> [Visitado el 21 de septiembre 2016].
11. Cuadrado Calleja, P. *Alcoholismo y Drogodependencias*. Obtenido de Trastornos y Problemas Relacionados con la Salud Mental: [en línea]. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/1-_alcoholismo_y_drogodependencias.pdf [Visitado el 21 de septiembre 2016]

12. Ecuador, *Política Nacional de Salud Mental 2014-2024, de Educación Intercultural Ecuatoriana*. Boletín Oficial del Estado, febrero del 2014, núm.8, 9,10, pp 417
13. Ecuador, *Plan del Buen Vivir 06/2013 de 13 de septiembre, de Estado Prurinatorial e Intercultural*. Boletín Oficial del Estado, viernes 31 de noviembre del 2013 núm 518. Pp 12, 15, 18.
14. Ecuador, *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud 2012, de Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Boletín Oficial del Estado, 725-1162 del año 2013 núm 272. Pp 11, 12, 13, 15, 45.
15. Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría* 39 (1), 1-11.
16. Evrard, R., Escobar, S., y Tevar, P. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, parrafo 2.
17. Feldman, L., Goncalves, L., Chacón - Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologia*, 739-751.
18. García , M. C., & Domínguez de la Ossa, E. (2012). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. . *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.*, 63-77.
19. García Alandete, J. (2015). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *EN-CLAVES del pensamiento.* , 12-29.
20. Gil Lacruz, M. (2011). *Psicología Social: Un compromiso aplicado a la salud*. España: Prensas Universitarias de Zaragoza.
21. González Beristain, J., Hernández Cruz, L. S., Bravo Yeo, L. Á., & López Ariza, M. F. (2012). Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. *Psicología de la Salud*, 56-60.
22. Guillén de Maldonado, R. (2006). Resiliencia en la Adolescencia. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 56-61.
23. Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado.*, 23-41.
24. Hidalgo Vicario, M. (2013). *Medicina de la Adolescencia: su Importancia en la Sociedad Actual. Pediatría Integral*, 85.
25. Jiménez Figueroa, A., Gutiérrez Jara, M. J., & Miranda Celis, E. (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Psicología Escolar y Educativa*, 125-134.
26. Kail, R., y Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo Humano: Una perspectiva del ciclo vital*. México: CENGAGE Learning.

27. Martínez Ávila, S., Serrano Díaz, J., & Amador Velázquez, R. (2012). De la Catastrófe Silenciosa al Malestar Docente. *RUDICS Revista Univesitaria* , 5. [en línea]. Disponible en: http://www.cuautitlan.unam.mx/rudics/ejemplares/rudics_jul_2012/art05_catastrofe_silenciosa.html [Visitado el 21 de septiembre 2016].
28. Martínez Barranco , M. J. (2015). Flexibilidad Psicológica y Dolor Crónico: una Revisión de la Literatura. *Ciencias de la Salud*, 45-50.
29. Martínez Díaz, E. S., & Díaz Gómez, D. A. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 11-22.
30. Méndez, P., y Barra , E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psykhé*, 59-64.
31. Ministerio de Salud Pública . (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud* . Quito: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
32. Mora Ríos, J., Natera, G., & Juárez, F. (2005). Expectativas Relacionadas con el Alcohol en la Predicción del Abuso en el Consumo en Jóvenes. *Salud Mental*, 82-90.
33. Moran Terán , M. (2014). *Plan de mejoramiento de la atención integral del adulto mayor en el grupo de Nuestra Señora de La Paz de la parroquia La Paz*. Tulcán: Universidad Regional Autonoma de los Andes UNIANDES. [en línea]. Disponible en <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2233/1/TUTENF002-2014.pdf> [Visitado el 19 de Septiembre del 2016]
34. Moyano Díaz, E., y Ramos Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud . *Universum (Talca)*, parrafo 5.
35. Orcasita Pineda , L. T., y Uribe Rodríguez, A. F. (2010). La Importancia del Apoyo Social en el Bienestar de los Adolescentes. *Psychologia, Avances de la Disciplina*, 69-82.
36. Osorio Valderrama, Y. K., y Varela Cerquera, A. (17 de Julio de 2014). *Identificación de Factores Psicosociales en la Institucion Educativa los Andes de Florencia*. Obtenido de Repositorio Institucional UNAD: <http://hdl.handle.net/10596/2744>
37. Pérez, J., y Daza, F. (27 de Enero de 2014). *NTP439: El Apoyo Social*. Obtenido de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf
38. Seelbach González, G. A. (2012). *Teorías de la Personalidad*. Estado de Mexico: RED TERCER MILENIO S.C.
39. Sierra , J., Ortega , V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10-59.

40. Solomon, M. R. (2007). *Comportamiento del Consumidor*. México: PEARSON Educación.
41. Ribero Marulanda, S., & Agudelo Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experimental. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29-46.
42. Rojas Valero, M., Rodríguez Chacón, A., Zereceda Gyax, J., & Otiniano Campos, F. (2013). *Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y Vulnerabilidad Familiar*. Lima: UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
43. Tribunal Constitucional. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Registro Oficial Organo del Gobierno del Ecuador*, Art.32.
44. Uriarte Arciniega, J. d. (2010). La Resiliencia Comunitaria en Situaciones Catastróficas y de Emergencia. *INFAD Revista de Psicología*, 688-689.
45. Vasquez Guerra, A. (24 de Junio de 2015). *Consecuencias Físicas, Psicológicas y Sociales del Alcohol*. Obtenido de PREZI: https://prezi.com/uiko8dtdk_cs/consecuencias-fisicas-sociales-y-psicologicas-del-alcoholis/
46. Veytia López, M., López Fuentes, N., Andrade Palos, P., y Hans, O. (2012). Depresión en Adolescentes. *Salud Mental*, 49-55.

Anexos