



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CEVALLOS

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autora:

JOHANNA LISSETTE BERMEO ESCOBAR

Director:

DR. PAÚL MARLON MAYORGA LASCANO MG.

Ambato – Ecuador

Diciembre 2020

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CEVALLOS”

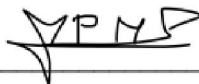
Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autora:

JOHANNA LISSETTE BERMEO ESCOBAR

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

f. 

CALIFICADOR

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. MS.

f. 

CALIFICADOR

Aitor Larzabal Fernández, Ps. Mg.

f. 

CALIFICADOR

Varna Hernández Junco, Phd

f. 

DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Altamirano Villarroel, Dr.

f. 

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Diciembre 2020

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **JOHANNA LISSETTE BERMEO ESCOBAR**, con **CC. 1804421095**, autora del trabajo de graduación intitulado: “**SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CEVALLOS**”, previa a la obtención del título profesional de **Psicóloga Clínica**, en la escuela de **Psicología**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Diciembre 2020



JOHANNA LISSETTE BERMEO ESCOBAR

CC. 180442109

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primera instancia a mis padres, con su esfuerzo han podido apoyarme en mis estudios, gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero, gracias por enseñarme valores que me han llevado a alcanzar una gran meta.

Agradezco a Dios porque ha iluminado mi camino hasta esta meta.

Agradezco a mi asesor por su tiempo, dedicación y paciencia en la elaboración de este proyecto

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, gracias a él he logrado concluir con mi carrera, también la dedico a mis padres, ellos siempre han estado junto a mi apoyándome y brindándome su apoyo y sus consejos para ser de mí una mejor persona.

A mi hija, con su llegada me ha demostrado el verdadero amor y ha sido una fuente de inspiración para culminar mi carrera.

A mi abuelita, ella ha sido como mi segunda madre y que desde el cielo tú me estas cuidando

JOHANNA

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación consiste en determinar la relación entre la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados del cantón Cevallos. El tipo de investigación en curso es un estudio que parte del paradigma positivista, de nivel cuantitativo y alcance descriptivo y correlacional, de corte transversal. Se trabajó con una muestra de 300 estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato. El muestreo a utilizar en la investigación es de tipo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión. Los instrumentos que se utilizaron son: Cuestionario General de Salud (GHQ – 28), Test AUDIT y el Test de Fagerström. Entre los resultados más destacados, se encontró correlaciones entre el Cuestionario General de Salud GHQ 28 y el test de AUDIT con las siguientes dimensiones: la dimensión Síntomas somáticos con ,185**, la dimensión Ansiedad/Insomnio con ,212**, la dimensión Disfunción Social con ,209**, la dimensión Depresión Grave con ,229**, y el Global con ,248** y el Test de AUDIT con 1. De acuerdo al estudio comparativo de Pearson los resultados revelan que en el GHQ 28, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujeres en las sub-dimensión Ansiedad/Insomnio ($p < ,034$) y en el Test de AUDIT, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, ($p > 0.05$). No se realizaron comparaciones en el test de Fagerström, no tiene correlación alguna con los demás test.

Palabras Claves: adolescentes, alcohol, consumo, salud mental, tabaco

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the relationship between mental health and alcohol and tobacco consumption in School going teenagers from Cavallos. The investigation starts with a positivist paradigm, with a quantitative level, descriptive and correlational scope, it also has a cross section. This work was based on 300 students from first, second and third year of baccalaureate. The sample used in the study is non-probabilistic with inclusion criteria. The applied tools are: The General Health Questionnaire (GHQ - 28), AUDIT Test and the Fagerström Test. The most outstanding results were the correlations between the General Health Questionnaire GHQ 28 and the AUDIT test with the following dimensions: the somatic symptoms dimension with 185 **, the Anxiety / Insomnia dimension with 212 **, the Dysfunction Social dimension with, 209 **, the Serious Depression dimension with 229**, and the Global with 248 ** and the AUDIT Test with 1. According to Pearson's comparative study, the results depict that in GHQ 28 there were significant statistically differences between men and women in the Anxiety / Insomnia sub dimension ($p < .034$), and in the AUDIT Test there isn't any significant statistically differences between men and women ($p > 0.05$). No comparisons were made in the Fagerström test because it does not have any correlation with the other tests.

Key Words: teenagers, alcohol, consumption, mental he

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1 Salud Mental	6
1.2. Características de la Salud Mental.....	8
1.3. Tipos de alteraciones de la salud mental.....	9
1.4. Causas y efectos de las alteraciones de la salud mental.....	11
1.5. Mecanismos de Intervención	14
1.6. Que es Alcohol y Tabaco	18
1.6.1. Consumo de Alcohol y Tabaco.....	20
1.6.2. Fases del consumo de Alcohol y Tabaco	23
1.6.3. Niveles de consumo de Alcohol y Tabaco	24
1.6.4. Tipos de consumidores de Alcohol y Tabaco.....	25
1.6.5. Causas y efectos del consumo de alcohol y tabaco.....	27
1.6.6. Evaluación y diagnóstico del consumo de Alcohol y Tabaco	30
1.6.7. Mecanismos de intervenciones del consumo de Alcohol y Tabaco.....	31
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
2.1 Metodología de la Investigación	34
2.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS	36
2.2.1. Técnicas	36
2.3. Instrumentos.....	37

2.2.2. Participantes	40
2.3. Características Sociodemográficas	42
2.4. Procedimiento.....	44
CAPITULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
3.1. Estadísticos Descriptivos	45
3.2. Comparaciones del Cuestionario GHQ 28 por Sexo	47
3.3. Comparaciones del Test de AUDIT por Sexo.....	48
3.4. Correlaciones.....	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	61
ANEXO A: Hoja de presentación del proyecto de investigación.....	61
ANEXO B: Carta de Consentimiento informado.....	62
ANEXO C: Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28	63
ANEXO D: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).....	65
ANEXO E: Dependencia de la Nicotina - Test de Fagerström	66
ANEXO F: Autorización de la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Análisis Sociodemográfico de la Muestra</i>	42
<i>Tabla 2 Estadísticos descriptivos del GHQ 28</i>	45
<i>Tabla 3 Estadísticos descriptivos del AUDIT</i>	46
<i>Tabla 4 Estadísticos Descriptivos del Test de Fagerström</i>	47
<i>Tabla 5 Comparación del cuestionario GHQ 28 por Sexo</i>	47
<i>Tabla 6 Comparación del test AUDIT por Sexo</i>	48
<i>Tabla 7 Análisis de Resultados</i>	49

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación describe la relación entre la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados en el cantón Cevallos. Este es un tema que resulta interesante estudiarlo, sería la primera investigación en adolescentes sobre la salud mental y el consumo de estas sustancias en la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos.

Para este trabajo de investigación y para una mejor visualización, se lo va a dividir en 3 capítulos detallados a continuación.

Capítulo I. Estado del Arte y la práctica. - En este primer capítulo, se expondrán autores que han hablado sobre salud mental, y el consumo de alcohol y tabaco, estos temas van a hacer investigados más a profundidad, se analizará los principales conceptos teóricos, además, se sustentará los conocimientos dichos por autores por medio de citas bibliográficas y por medio de fuentes secundarias.

Capítulo II. Diseño metodológico. - En este segundo capítulo, se presentará la metodología la cual, se hablará sobre el tipo de enfoque y de investigación, por otro lado, se darán a conocer las técnicas, los instrumentos de investigación con los cuales, se evaluará a los participantes y cuál será el procedimiento a llevar a cabo. Además, se mostrará la validez y confiabilidad de los instrumentos empleados, su procedimiento y su respectivo análisis de la información sobre el diagnóstico realizado.

Capítulo III. Análisis de los resultados de la investigación. - En este tercer capítulo, se darán a conocer los resultados con su respectivo análisis e interpretación obtenidos del estudio realizado por el investigador, y se considerará el alcance decidido en el objetivo general.

Conclusiones. - Se presentará los principales resultados obtenidos de la investigación.

Recomendaciones. - Se dará a conocer lo que no se ha podido lograr en la investigación, y poder abrir un nuevo estudio investigativo.

Antecedentes teóricos y prácticos

En los antecedentes teóricos y prácticos, se van a investigar expectativas de resultados en cuanto a la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco tanto a nivel nacional e internacional. A continuación, se expondrán estudios relevantes a cerca de estos temas.

La salud mental es un término que incluye diversas variables. Estrada y Cristancho (2014), realizaron una investigación al respecto de salud mental en la Universidad de Antioquia (Colombia), donde participaron 12 grupos de investigación adscritos a las Facultades de Salud Pública, Enfermería, Medicina y Ciencias Sociales, y cuyo objetivo era identificar el estado de salud general de los estudiantes. En la investigación, se encontró la siguiente prevalencia, trastornos mentales (14 %), adicciones (10 %), violencia (7 %), como resultados más significativos.

Vargas y Villamil (2016) analizaron los modelos de atención primaria en la salud mental de los mexicanos, cuyo objetivo fue la aplicación del modelo de atención colaborativa en salud mental la cual, se basó en evidencias científicas probadas en otros países. Capacitaron a 104 trabajadores: 35 médicos, 36 enfermeras, 20 trabajadoras sociales, cinco psicólogos y ocho médicos de servicio social, para la aplicación, se necesitó 1643 instrumentos de tamizaje y se encontraron 830 casos los cuales, se valoran en, 38% en sesiones de atención colaborativa entre el médico general y psiquiatra y el 50% las sesiones fueron suspendidas por motivos administrativos.

El área de reciente interés en Psicología es el dedicado al consumo de drogas; tema de vital importancia por sus repercusiones en la salud física, psíquica y social. Según Lozano (2014), el trabajo trata de ofrecer una visión del consumo de drogas legales: tabaco y alcohol en jóvenes estudiantes de ciclos formativos. La muestra seleccionada está compuesta por 200 jóvenes (129 hombres y 71 mujeres) de entre 16 y 22 años, que cursan 1º y 2º curso de Grado Medio y Grado Superior de Formación Profesional en un centro público de la ciudad de Badajoz, a los cuáles, se les aplicó un cuestionario, adopción del utilizado en la investigación llevada a cabo por el PNSD; ESTUDES. Los resultados mostraron que un alto porcentaje de que los jóvenes consumen tabaco y alcohol habitualmente; se ha llegado a la conclusión de que algo falla en los programas de prevención; por lo cual, se haría hincapié en ello.

Para Alvarez (2015) el consumo de alcohol puede ser particularmente relevante durante el periodo de la adolescencia y la juventud: las conductas de riesgo son parte de la conducta exploratoria unida a la identidad juvenil y beber logra formar parte de la socialización que lleva a los y las jóvenes a asumir roles adultos.

Según Bejarano, Fonseca y Ortega, (2014) quienes analizaron la situación de consumo de drogas y otros aspectos socialmente relevantes en hombres y mujeres costarricenses; a través, de la utilización de bases de datos de cinco encuestas nacionales sobre consumo de drogas, realizadas por el I.A.F.A. entre los años 1990 y 2010, así como las bases de datos de tres encuestas en estudiantes de secundaria entre los años 2006 y 2012, la ingesta de alcohol muestra también un patrón de disminución significativo en el consumo reciente, la cual es significativamente más elevada en los hombres. Estos resultados coinciden con el ámbito mundial, donde se revelan una tendencia a la baja en el consumo reciente de tabaco tanto de mujeres como de hombres

Situación problémica y planteamiento del problema

Por un lado, en observaciones preliminares en adolescentes escolarizados del Cantón Cevallos, se identifica síntomas somáticos, ansiedad – insomnio, disfunción social, depresión. Estos son factores que afectan la salud mental, la cual es definida como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, logra afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Ovidio, Restrepo, & Cardona, Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática, 2016)

Por otro lado, la disminución de actividades, la alteración del sueño, el beber alcohol cada fin de semana, el tener aliento a licor o a tabaco son indicadores de señales de consumo de ambas sustancias.

En esta etapa para Reverón (2014) el consumir alcohol no es un problema exclusivo de la adolescencia, pues compete a toda la población. Pero el comienzo del consumo suele producirse durante esta etapa” (p.24). El consumo problemático incrementa el riesgo de sufrir consecuencias negativas ya sean psicológicas, sociales o físicas a corto o a largo plazo, estas son drogas de uso legal, de amplia aceptación social. Sin embargo, la

existencia de una relación entre la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco, que ha sido demostrada en diversos estudios, se probaría en esta población en particular.

Hipótesis, Idea a defender o Pregunta Científica

Por lo tanto, se parte la hipótesis de que la salud mental, se correlaciona con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados del cantón Cevallos.

De comprobarse la hipótesis los resultados se mostrarán la vulnerabilidad de la población consumidora del alcohol, de igual manera esta investigación servirá para sociabilizar los resultados de dicha investigación y de esta manera la población afectada de este mal, se rehabilite y pueda ser útil para la sociedad.

Objetivo general y objetivos específicos de la investigación

Para concebir esta hipótesis, se parte de los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Determinar la relación entre la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados del cantón Cevallos.

Objetivos Específicos

- Fundamentar teóricamente la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes
- Evaluar el estado de salud mental y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes del cantón Cevallos
- Realizar un análisis estadístico correlacional entre la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes del cantón Cevallos
- Elaborar un informe de evaluación final con los resultados y conclusiones.

Metodología

Para poder ejecutar los objetivos, se realiza un estudio que parte del paradigma positivista de nivel cuantitativo y alcance descriptivo y correlacional de corte transversal.

Con la ayuda de estos métodos podemos determinar la presencia de un estado o condición de salud, al igual de obtener respuestas específicas a una población definida y en un marco temporal determinado.

Justificación

El presente proyecto de investigación resultará factible , permitirá a la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos del cantón Cevallos conocer la salud mental de los estudiantes y el grado de dependencia al alcohol y al tabaco que tienen los adolescentes escolarizados de esta institución, este fenómeno, se ha presentado en el entorno educativo lo cual ha influenciado de manera negativa ya sea en lo académico, familiar y social, además, se podrá identificar el grado de impacto que tiene el consumo de estas sustancias en el desarrollo neurológico de las personas. Esta investigación es posible de realizarla, cuenta con información bibliográfica y se mencionaría, que se tiene el respaldo de las autoridades de la Unidad Educativa así también con la colaboración de los docentes a disponer con el tiempo necesario para poder llevar a cabo este proyecto.

Los beneficiarios para este proyecto serán la Unidad Educativa, por medio de los resultados, se podrá dar a conocer que cantidad de personas consumidoras, que se encuentran en esta institución y por medio de estos datos, se llevaría a cabo talleres para los adolescentes, para los padres de familia y para los profesores. Los resultados aplicados en este trabajo de investigación se servirá para saber la vulnerabilidad de la población consumidora de alcohol, de igual manera esta investigación servirá para sociabilizar los resultados de dicho estudio y de esta manera la población afectada de este mal, se rehabilite y pueda ser útil para la sociedad.

En consideración a esta investigación, se dará una visión clara de las complicaciones al ingerir de manera irresponsable esta sustancia, al igual dar a conocer diferentes trastornos que produce la ingesta excesiva de alcohol y tabaco, , esta es una enfermedad que afecta tanto a hombres como a mujeres sin importar su nivel socioeconómico, ni su religión, ni su cultura.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1 Salud Mental

La salud mental es el estado de equilibrio entre la persona y su entorno socio- cultural en el cual la persona, se siente fructífera para poder realizar participaciones laborales, intelectuales y relaciones para alcanzar un bienestar y una buena calidad de vida. “La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es importante decir que la salud mental es un fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad”. (Organización Mundial de la Salud como se citó en Ovidio, Restrepo, & Cardona, 2016, p. 166).

Afirma Carrazana (2003) la salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, se entiende al hombre como un ser individual y social. La conceptualización de la salud mental, se presenta en grandes diversidades de enfoques: desde el ámbito clínico, social, psiquiátrico y psicológico

Para el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental y Organización Mundial de la Salud (2008) en el Ecuador:

“Los servicios de salud mental han tenido un significativo desarrollo en los últimos años, de tal suerte que en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos., así como en los centros de salud de cinco provincias. El mayor porcentaje de acciones, se cumple en los servicios ambulatorios con una tasa de 239 por cada 100.000 habitantes frente a 113 por 100.000 h. de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo no es posible hablar de una red coordinada de servicios. No existe un sistema de referencia entre las unidades ambulatorias y las de internamiento y viceversa”. (p. 6)

En el ámbito clínico se:

“Ha homologado el concepto de salud mental con el concepto de enfermedad mental, así cuando, se piensa y planifica en salud mental, las propuestas y proyecciones empiezan y terminan en enfermedad mental; también, se han utilizado los criterios de la medicina tradicional para referirse a la salud mental”. (Dávila como se citó en Carrazana, 2002, p.2)

Por otro lado, la psiquiatría (considerada como una de las ramas de la medicina), define a la salud mental con la terminología de trastorno mental.

“Como herencia de los conceptos de Estado de Bienestar (como forma de organización social) e “Higiene Mental” (como metodología de mantenimiento de la salud), es así que, Salud Mental, es el título con el que, se denominó a un departamento específico del Estado que quedó a cargo del cuidado de los aspectos psicológicos de la sociedad”. (Ramalho, 2009, p. 55)

En este sentido, la salud mental tiene que ver con las actividades diarias de todos, es decir, como uno, se relaciona con las actividades en general en la comunidad, por lo tanto, depende de cómo uno, se siente frente a sí mismo, en frente de otras personas y en qué forma uno responde a las demandas de la vida cotidiana.

En cuanto a la psicología, la salud mental para Davini, Gellon, Salluzi, Rossi (1968) “Se la entiende como un estado relativamente perdurable en el cual la persona, se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y esta logra su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. (Citado en Carrazana, 2003, p. 1).

En el ámbito social para Dávila (1994)

“Las políticas que busquen la salud mental de la comunidad orientarán sus esfuerzos hacia el logro de la participación comprometida del grupo social objetivo, sin perder de vista la importancia de la individualidad, de esta manera, se cumplirá el ideal, una salud mental con todos y para todos”. (Citado en Carrazana, 2003, p. 1).

1.2. Características de la Salud Mental

La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud refiere que la salud mental, es la capacidad de adaptarse a los cambios, enfrentar crisis, establecer relaciones significativas con otros miembros de la comunidad y encontrar sentido a la vida. Expertos en temas de salud se menciona que la salud mental, es importante en todas las etapas de la vida de la persona, su déficit podría desarrollar enfermedades tanto somáticas como afectivas (depresión, ansiedad).

Para que una persona cuente con una buena salud mental, se implican 4 aspectos que para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2014) son:

- Desarrollar conocimientos, habilidades y relaciones afectivas estables tendientes a la satisfacción personal y con los demás.
- Establecer buen relacionamiento familiar, escolar, laboral, recreativas, con los semejantes.
- Armonizar ideales y valores éticos, para hacer frente a las demandas de la vida.
- Genera proyectos de vida, disfruta del presente, y toma en cuenta el futuro.

Todos estos aspectos hacen que las personas cuenten con un bienestar emocional y mental positivo, esto ayudara que el sujeto enfrente las actividades de forma más productiva en su diario vivir.

Para que una persona, se sienta bien consigo misma y goce de una buena salud mental posee varias características.

Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2014) estas características, se dividen en 3 tipos:

- Viven satisfechas de sí mismas, es decir tienen amor propio, aceptan sus defectos e impedimentos, manifiestan un constante deseo de superación, soportan desilusiones y contratiempos sin afectarse demasiado, dar cariño y tienen sentido de responsabilidad para con los demás
- Se sienten satisfechas con relacion a los demas, las personas en este punto establecen relaciones personales y duraderas, respetar la manera de ser, sentir y pensar de los demas, hacen planes con anticipación y no temen al futuro, tratan de

resolver sus problemas según se presentan, y llega a aceptar experiencias y nuevas ideas.

- Logran hacer frente a las exigencias de la vida, las personas aprovechan de sus habilidades naturales para crear soluciones a las dificultades, tienen criterio propios y toman sus propias decisiones, llegan a tener aspiraciones que consiguen realizarlas.

Estas características que abarcan a una buena salud mental hacen que la persona, se sienta confiada en si misma, en sus capacidades y habilidades, todas estas características son una serie de beneficios que se ayuda para poder gozar de un estado de bienestar y a la vez, sentirnos bien.

Por otro lado, la persona mentalmente sana consigue vivir positivamente en tres tipos de niveles de vida como es:

- En el mundo interno propio, en donde se encontraría las fantasías, las imágenes y la realidad psíquica de la persona.
- En el mundo social, en entablar relaciones interpersonales
- En el mundo del area de la experiencia cultural

La salud mental positiva genera en la vida de una persona una identidad sólida, niveles altos de autoestima, competencias psicosociales y habilidades a exponer que posee cada uno de los individuos. En cambio, la salud mental negativa generaría trastornos emocionales, conductuales, caer en estados depresivo crónicos.

1.3. Tipos de alteraciones de la salud mental

La enfermedad mental, es la segunda causa de discapacidad detrás de la discapacidad física. Muchas personas han manifestado tener problemas de salud mentales algunas veces, pero el problema mental, se convierte en una enfermedad mental si los síntomas y signos pertenezcan a la enfermedad y estos causen estrés y afecten a la capacidad del funcionamiento normal de la persona.

Para la OMS (2018) cerca de la mitad de los trastornos mentales, se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas, se observan tipos de trastornos similares. Los trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor

de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuenta con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas.

Para la OMS (2018) ha clasificado los trastorno mentales y del comportamiento en nueve categorías, de acuerdo a la causa que lo origina:

- **Orgánicos y sintomáticos:** Demencia- Delirium y otros trastornos por disfunciones físicas.
- **Por consumo de psicotrópicos:** Intoxicación aguda, Síndrome de dependencia y de abstinencia.
- **Esquizotípicos e ideas delirantes:** Esquizofrenia, Psicosis.
- **Del humor o afectivos:** Trastorno bipolar, Episodio depresivo, Ciclotimia, Distimia.
- **Neuróticos: Trastorno de ansiedad:** fóbico, agorafobia, ansiedad generalizada, Obsesivo-compulsivo, De adaptación, Reacción a estrés severo, Amnesia, Neurosis, Somatización o Hipocondría, Neurastenia.
- **Por disfunciones fisiológicas:** Trastornos alimentarios (vigorexia, megarexia, diabulemia), Anorexia. Bulimia, **Trastornos del sueño no orgánico:** Insomnio, Hipersomnio, Sonambulismo/terror nocturno, Trastorno del reloj biológico, Disfunción sexual-Eyaculación precoz.
- **De personalidad y del comportamiento:** Trastorno paranoide, esquizoide y disocial. Inestabilidad emocional, Trastorno ansioso de la personalidad, Manías, Transexualidad, Travestismo, Trastorno de orientación sexual.
- **Retraso mental:** Trastornos del lenguaje (disfasia) y del habla, Afasia por epilepsia, Agrafía, Trastorno generalizado del desarrollo, Autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger.
- **Del comportamiento en infancia y adolescencia:** Hiperquinéticos: de atención y de conducta, Trastornos de conducta (des socializado, desafiante, depresivo, socializado). Mutismo selectivo, Tics, Enuresis, Tartamudez, Desorden lingüístico.

La clasificación que otorga la OMS para los trastornos mentales, es de nueve categorías los cuales dependen de la causa los agrupa, hay que tomar en cuenta que en el DSM después de cada nombre del trastorno, se encuentra un paréntesis, el cual indica el número

de página o los criterios que corresponden a la alteración, en cambio, en el CIE -10 los nombres de los trastornos, se encuentran codificados con “F” y el número que corresponde ese trastorno y su respectivo nombre.

1.4. Causas y efectos de las alteraciones de la salud mental

La salud mental incluye el bienestar; social, emocional y psíquico, y se encuentra incluida en la forma de pensar, en la forma que sentimos, en la que actuamos y lidiamos con la vida.

Los trastornos mentales son alteraciones graves las cuales afectan a la percepción, a la conducta, al pensamiento, y las relaciones con los demás. Para Rodríguez (2015) son muchos los factores que influyen en la aparición de los mismos. Los genes, la historia familiar, las experiencias en la vida, como también la biología. Actualmente el modelo biopsicosocial juega un papel relevante. Esto se refiere, por supuesto, al papel compartido e interactivo de factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de la salud mental.

Las causas más comunes de las alteraciones de la salud mental, se dan cuando hay presiones mayores que hacen que la capacidad para lidiar con ellas, se vuelva complicadas y no encontremos solución. Hay veces en las que no se encuentran causas que puedan ser identificadas, no es posible encontrar la razón por la cual el sujeto ha desarrollado esta alteración mental.

Según una reciente investigación de la Hesperian Health Guides, algunas de las causas que afectan a la salud mental y para Burns, Levich, Maxwell, y Shpiro (2012) son:

- **Las presiones de la vida diaria**

Las actividades y los eventos de la vida diaria generalmente se ponen bajo presiones que causan tensión física y mental. La tensión se debe a problemas físicos, como enfermedades o exceso de trabajo, también a sucesos emocionales, como el tener conflictos familiares. Aún los eventos que generalmente causan alegría (como el nacimiento de un nuevo bebé o el conseguir un trabajo) producirían tensión, puesto que cambian la vida.

- **Las pérdidas y la muerte**

Si perdemos algo o a alguien que valoramos (a un ser querido, el trabajo, el hogar, o a una amistad muy cercana), es posible que se sienta s abrumado por la aflicción. Eso también sucedería si se enferma o desarrolla alguna discapacidad física. La aflicción, es una reacción natural que ayuda a adaptarnos a las pérdidas y a la muerte. Sin embargo, si sufrimos de varias pérdidas a la vez, o si sufrimos de mucha presión en la vida diaria, es posible que comencemos a desarrollar problemas de salud mental.

- **Los traumas**

Si algo terrible sucede o le sucede a alguno de los seres queridos, podemos sufrir un trauma. Algunas de las causas más comunes de los traumas son la violencia en el hogar, la violación, la guerra, la tortura y los desastres naturales.

Un trauma amenaza el bienestar físico o mental. Como resultado de esto, se siente en peligro, inseguro, impotent e incapaces de confiar en el mundo o en la gente del alrededor. Generalmente, se requiere mucho tiempo para recuperarse de un trauma, sobre todo si éste fue causado por otra persona, no por la naturaleza. Los traumas que pudimos haber sufrido en la etapa infantil, antes de poder comprender lo que pasaba o de poder hablar de ello, afectaría durante muchos años sin que lo sepamos.

- **Los problemas físicos**

Algunos problemas de salud mental, se deben a problemas físicos, tales como:

- Las hormonas y otros cambios en el cuerpo.
- La desnutrición.
- Las infecciones, como las de VIH.
- Los plaguicidas, herbicidas y químicos industriales.
- Las enfermedades del hígado o de los riñones.
- El exceso de medicamentos, o los efectos secundarios de algunos medicamentos.
- El abuso de las drogas y del alcohol.
- Los derrames cerebrales, la demencia y las lesiones de la cabeza.

Siempre hay que considerar la posibilidad de una causa física cuando tratemos los problemas de salud mental. Recordemos también que los problemas físicos consiguen ser una señal de un problema de salud mental.

- **Los cambios en la vida y en la comunidad**

“En muchas partes del mundo, se fuerza a las comunidades a cambiar con demasiada rapidez, ya sea debido a razones económicas o a conflictos políticos. Muchos de esos cambios requieren que las familias y las comunidades alteren por completo su forma de vivir. Por ejemplo, si las familias y las comunidades se desbaratan, o si la vida cambia tanto que las formas acostumbradas de lidiar con los problemas ya no dan resultado, las personas comenzarían a padecer de problemas mentales” (p. 416).

Todas estas causas que afectan a la salud mental generan en la persona episodios o trastornos mentales, por otro lado, los síntomas podrían ser observables ya sea por la misma persona o por personas de su entorno, la mayoría de las causas, se dan por factores ambientales, psicológicos, antecedentes familiares y eventos estresantes, los cuales han sido de mayor carga para ella y no los pueda solucionar, pero en la mayoría de los casos, estas alteraciones mentales consiguen ser diagnosticadas y tener un tratamiento eficazmente.

En cambio, para Mayo Clinic (2019) Las enfermedades mentales, por lo general, se consideran originadas a partir de una variedad de factores genéticos y ambientales:

- **Atributos hereditarios.** La enfermedad mental, es más frecuente en las personas cuyos parientes consanguíneos también la padecen. Ciertos genes aumentarían el riesgo de contraer una enfermedad mental y la situación de vida en particular podría desencadenarla.
- **Exposición ambiental anterior al nacimiento.** La exposición a factores de estrés ambientales, enfermedades inflamatorias, toxinas, drogas o alcohol en el útero podría asociarse, en algunos casos, con la enfermedad mental.
- **Química del cerebro.** Los neurotransmisores son sustancias químicas que se encuentran naturalmente en el cerebro y que transmiten señales a otras partes del cerebro y del cuerpo. Si las redes neurales que contienen estas sustancias químicas,

se ven alteradas, la función de los receptores nerviosos y de los sistemas nerviosos cambia, lo que genera depresión y otros trastornos emocionales.

La causa de los trastornos mentales por factores genéticos y ambientales, se los denomina herencia multifactorial, algunos expertos creen que si una persona, es predispuesta a padecer esta alteración mental, es si su composición genética experimenta situaciones estresantes en su vida laboral, social, personal o familiar, esto hace que algunos neurotransmisores contribuyan al brote de la alteración mental.

1.5. Mecanismos de Intervención

La promoción de la salud mental tiene que ver con la salud mental positiva. Para la Organización Mundial de la Salud (2013) el plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020

“Es un plan de acción integral, se ha elaborado mediante consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales. Tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Asimismo, establece acciones claras para los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y propone indicadores y metas clave que se utilizarían para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción, se encuentra el principio mundialmente aceptado de que «no hay salud sin salud mental». El plan de acción tiene vínculos conceptuales y estratégicos estrechos con otros planes de acción y estrategias mundiales aprobadas por la Asamblea de la Salud, tales como la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017, el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2008-2013, y el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020). Asimismo, se basa en los planes de acción y estrategias regionales de la OMS para la salud mental y el abuso de sustancias que ya se han adoptado o se encuentran en fase de elaboración. El plan de acción, se ha ideado para que genere sinergias con otros programas pertinentes de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, grupos

interinstitucionales de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales” (p. 6).

Todas las personas a lo largo de su vida han pasado por momentos difíciles y estresantes, pero estas situaciones y el impacto que genera en el individuo va a depender de varios factores como son: las circunstancias que acontecen al problema, el rasgo de personalidad, el sufrimiento, el grado de vulnerabilidad, sus mecanismos de defensa al momento de afrontar el problema y su soporte socio-familiar.

Para los autores Ramírez, Arbesú, Arrieta, López, y Casquero (2016)

“Si las vivencias estresantes, se mantienen en el tiempo y/o son muy intensas y/o son muy frecuentes, hasta el punto de superar los mecanismos de compensación del organismo, repercutirán en los sistemas del individuo (cardiovascular, neuropsiquiátrico, endocrino, inmunológico, metabólico) alteran su homeostasis” (p. 73).

Para Hosman y Llopis como se citó en la Organización Mundial de la Salud (2004) Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales, se consideraría como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental

Tanto médicos generales como médicos especialistas son capaces de detectar situaciones estresantes en sus pacientes como por ejemplo en duelos ya sean materiales, personales, laborales, separaciones y divorcios. Los profesionales podrían identificar qué persona, es más vulnerable al estrés, es decir el profesional de la salud identifica este malestar en la persona si en los resultados médicos no sale ningún problema físico, este es un indicativo en el cual el médico diría que el malestar provocado, es por problemas anteriormente mencionados.

Para la promoción de la salud mental tenemos lo que es la atención primaria que para los autores Ramírez, Arbesú, Arrieta, López, & Casquero (2016) una vez detectadas las situaciones estresantes y/o las personas vulnerables, es importante promover la salud mental ya que favorece el desarrollo de la resiliencia y ofrece técnicas cognitivo-conductuales de segunda y tercera generación. Por otro lado, para la Organización Mundial de la Salud (2004) Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas, se incluyen dentro de la prevención primaria en la clasificación de salud mental.

Para (Mrazek y Haggerty como se citó en la OMS, 2004) la prevención universal, selectiva e indicada se las define como:

- **Prevención universal:** Se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.
- **Prevención selectiva:** Se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.
- **Prevención indicada:** Se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que, en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental.

Estos diferentes tipos de prevenciones ayudan a las personas para poder prevenir, para ayudar en su recuperación y disminuir el nivel de morbilidad y mortalidad de las personas con trastornos mentales. Por otro lado, tanto la prevención como la promoción ayudan al tratamiento y al seguimiento de los casos de los pacientes

Por último, para la Organización Mundial de la Salud (2004) la prevención terciaria incluye intervenciones que reducen la discapacidad, mejoran la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad. Prevención de Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas, se enfoca en la prevención primaria de los trastornos mentales. Examina las intervenciones universales, selectivas e indicadas y

propone estrategias efectivas para que los diseñadores de políticas, funcionarios del gobierno y médicos las puedan implementar en todos los países y regiones.

Las estrategias preventivas, se basan en modelos que explican las causas de los trastornos mentales. García (2007) afirma:

Los esfuerzos preventivos dirigidos a las enfermedades físicas son objetivos y los resultados son claramente demostrados por una disminución de la incidencia de dichas enfermedades. Pero, en el caso de los trastornos mentales, la situación es más complicada, pues, aparte de las investigaciones complejas y caras, muchos de los trastornos mentales no permiten un registro objetivo transparente y mantenido y, consecuentemente, existe un problema para aplicar las condiciones mentales al enfoque de salud pública tradicional. Por otra parte, poca atención ha sido dirigida para investigar el procedimiento y los efectos de las políticas de salud pública en la prevención (p.3)

La promoción en la salud mental según la Organización Mundial de la Salud (2004) facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre la salud mental como por ejemplo:

- Tareas intersectoriales y multidisciplinarias de varios departamentos que actúen sobre poblaciones diana en entornos concretos.
- Intervenciones sobre el individuo para mejorar el afrontamiento ante el estrés, la autoestima para reforzar la resiliencia
- Intervención poblacional con incremento del capital social, promueve conductas sanas de crianza y reduce el estrés en las escuelas y centros de trabajo.

Varias publicaciones de revistas científicas evidencian que los programas de promoción producen beneficios importantes en la salud de las personas. Las investigaciones de Jané-Llopis (2004) han demostrado una reducción en la incidencia de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad. Por ejemplo, un programa escolar demostró la reducción de nuevos casos de depresión después de un año de la intervención, en el que sólo al 14.5% del grupo experimental, se le diagnosticó depresión en comparación con el 25.7% de los adolescentes en el grupo control. Igualmente, otro programa de prevención indicada para niños en edad escolar demostró la reducción de nuevos casos de ansiedad a los seis meses

(grupo experimental 16%- grupo control 59%), y a los dos años de la intervención (grupo experimental 20%- grupo control 39%). Se han demostrado también reducciones en suicidios, así como reducciones en el consumo del alcohol, tabaco y drogas ilícitas a través de intervenciones políticas como el incremento en las tasas del alcohol y tabaco, las restricciones en su venta u otros tipos de intervenciones comunitarias.

Por otro lado, autores como Ramírez, Arbesú, Arrieta, López, y Casquero (2016) afirman que la promoción de la salud mental es importante, también, la implicación proactiva del paciente que aporta una intervención creativa desde sus prioridades e intereses, acepta y desarrolla las recomendaciones médicas. Esto es acorde con la actual, progresiva y deseable tendencia hacia la humanización de la medicina que podría aplicarse en todos los niveles de asistencia sanitaria. En este sentido el médico de atención primaria, se encuentra en un escenario idóneo para establecer un vínculo interpersonal con el paciente que sea terapéutico y que conlleve el empoderamiento de la persona, principal responsable de su propia salud.

Para la Organización Mundial de la Salud de 1986 podemos encontrar cinco estrategias identificadas por la Carta de Ottawa, es hoy en día el diseño básico para la promoción de la salud en muchas partes del mundo.

- Conformar políticas públicas saludables
- Crear ambientes de apoyo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar habilidades personales
- Reorientar los servicios de la salud

Estas estrategias actualmente son utilizadas tanto en hospitales, en centros y sub-centros de salud, , buscan la integración de los servicios de salud y de la población para el control de factores de riesgo y así poder dar un tratamiento y seguimiento al paciente.

1.6. Que es Alcohol y Tabaco

La relación entre el consumo de alcohol y tabaco da un motivo de interés para ser estudiado y más en la etapa juvenil. En los últimos años, se ha hecho tendencia el consumir alcohol y tabaco en la población adolescente, de manera que el joven lo hace

como forma de relacionarse con sus pares o por realización personal. Para algunas personas el consumo de alcohol es como una iniciación a la etapa juvenil, pero esto en realidad es un problema de salud pública que a llegado a niveles muy altos, el consumo de alcohol y tabaco lo hacen desde los 12 o 13 años, que esto ya es mas preocupante.

Para la Asociación Española de Pediatría (2014) el alcohol es una droga que deprime el sistema nervioso central, es decir, que enlentece las funciones del cerebro. El alcohol afecta a la capacidad de autocontrol, por lo que podría confundirse con un estimulante. El principal componente de las bebidas alcohólicas es el *etanol* o alcohol etílico, que tienen diferente concentración según su proceso de elaboración

En cambio, un estudio dirigido por John Dani, de la Facultad de Medicina de Baylor, en Texas, muestra que incluso una única exposición a la nicotina cambia la forma en que el cerebro responde a las bebidas alcohólicas. Ambas sustancias, tabaco y alcohol, ejercen su acción a través del sistema de recompensa del cerebro. Este sistema es el encargado de hacernos sentir placer de forma natural frente a situaciones tan variadas como degustar un alimento apetecible o admirar una obra de arte gracias a un neurotransmisor llamado dopamina. Sin embargo, tanto la nicotina como el alcohol al actuar separados aumentan exageradamente la liberación de la dopamina, es ahí la persona siente euforia y placer intenso y es por esto que podría producir adicción.

Para la *National Institute on Drug Abuse for Tenns* (2019) el tabaco es una planta herbácea que se cultiva en todo el mundo. El motivo por el que tanta gente consume tabaco es que sus hojas contienen una poderosa droga llamada nicotina. La nicotina es muy adictiva. La nicotina, se absorbe en el torrente sanguíneo y llega a las glándulas suprarrenales, que están situadas por encima de los riñones. Estas glándulas liberan adrenalina, la cual aumenta la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el ritmo respiratorio. La adrenalina también causa muchas sensaciones agradables, todas al mismo tiempo

1.6.1. Consumo de Alcohol y Tabaco

Para el Instituto Andaluz de la Mujer (2006)

Los seres humanos beben alcohol desde hace más de 5.000 años. En la cultura mediterránea, el consumo de vino y otras bebidas alcohólicas ha estado vinculado a lo divino, muy relacionado con dioses y con rituales religiosos y han sido muy ensalzados sus efectos beneficiosos y festivos. Y siempre muy relacionado con el estilo de vida masculino. Hasta finales del siglo XX y principios del XXI no comienza a considerarse la adicción al alcohol como una patología y empieza a estudiarse desde la medicina y la sociología. Algo parecido ocurre con el TABACO; desde que fue introducido en Europa por los descubridores del nuevo mundo, se ha generado adeptos, también vinculado al uso y costumbres masculinas. A partir de los años cincuenta, la investigación empieza a arrojar datos sobre el impacto del tabaco en la salud física, como factor causal y o agravante de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer de pulmón, úlcera gastroduodenal, etc.

Para Morales, Arandojo, Garcia, y Ordoña (2014) el tabaco y el alcohol son drogas de uso legal, de amplia aceptación social. Además, el consumo de tabaco aparece claramente relacionado con el de bebidas alcohólicas y ambas son sustancias de entrada al consumo de otras drogas, especialmente el cannabis en un segundo paso y luego al resto de drogas ilegales. El comercio de estas dos sustancias están regulados por el estado y su consumo es aceptado socialmente, un cigarro o una copa de alcohol es de gran facilidad adquirirla, por lo que la sociedad no consideran que sean drogas.

Por otro lado, para la *National Institute on Drug Abuse* (2010) el hábito de fumar mata a más de 440,000 ciudadanos americanos cada año, más que el total combinado de muertes por alcohol, uso ilegal de drogas, homicidios, suicidios, accidentes automovilísticos y SIDA. El fumar perjudica a casi todos los órganos del cuerpo. Ha sido definitivamente vinculado a las cataratas y la neumonía (pulmonía) y ocasiona la tercera parte de las muertes relacionadas con cualquier tipo de cáncer. En general, el índice de muerte por cáncer se duplica en los fumadores y llega a ser hasta cuatro veces más en los fumadores empedernidos.

La adolescencia es una transición de la niñez a la edad adulta, sus capacidades psíquicas y físicas comienzan a desarrollarse, al ser esta una etapa con varios cambios el adolescente presentaría inestabilidad emocional y confusión a sus propios cambios. Los jóvenes empiezan a desarrollar su personalidad, sus fortalezas y debilidades, lo que acarrearía que el adolescente comience a consumir alcohol, tabaco y desatar comportamientos de riesgo.

Un estudio realizado en Ecuador según los autores Riofrío y Castanheira (2010)

El primer consumo de cigarrillos es a los 13 años; el consumo de alcohol a los 13 años y 7 meses; de la marihuana a los 13 años y 2 meses y los inhalables a los 13 años y 4 meses. Se aprecia que la marihuana y los inhalables tienen un peso importante, puesto que su consumo aumentó en más del doble en el periodo comprendido entre 1998 y 2005. Asimismo, se detectó de manera consistente un aumento importante en la edad promedio de 13 a 18 años y que las drogas de uso ilegal tienen frecuencias de consumo menores a las legales (marihuana 4,32%, inhalantes 1,62%, cocaína 1,05% y drogas vegetales 0,88%). (p. 600).

El adolescente es vulnerable a consumir alcohol y tabaco, como mencionamos antes, su fase de formación todavía no se ha alcanzado su etapa adulta, las consecuencias del consumo de estas sustancias son mayores para el joven que para un adulto maduro, los daños son perjudiciales y más en su salud mental, perjudica áreas del cerebro encargadas de la memoria y del aprendizaje, a más de esto, afectaría a la conducta y crea comportamientos agresivos que dificulte el vínculo tanto familiar como social.

Para los autores Concha, Torre, & Hurtado (2014) los adolescentes españoles, el consumo de alcohol y tabaco está normalizado e integrado en su ambiente familiar y social. Al estar legalizadas estas sustancias las categorizan como drogas, aunque crean hábito, que suele estar asociado al ocio. La adolescencia es la etapa con más riesgo de inicio del consumo de drogas, debido a sus propias características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, el alejamiento de valores familiares y un énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales. Por lo general, aunque los adolescentes afirmen conocer los efectos nocivos de estas sustancias, los relativizan.

Para los autores Moreta, Ilaja, Mayorga, León, y López-Castro (2018)

Existe inquietud en el contexto social por el uso de sustancias de consumo por los adolescentes y los jóvenes en el Ecuador. Los datos señalan, que el consumo de sustancias en adolescentes tiene una prevalencia nacional (durante el último mes) del 31% para el alcohol, el 10% para el tabaco, el 5,8% para el cannabis, el 3,6% para la pasta base de cocaína y cocaína; el 3,4% en inhalantes (incluido el pegamento); en los tranquilizantes la prevalencia fue de 2,9%, en los estimulantes de 2,2% y en la heroína del 0,82% y todo esto relacionado con el consumo reciente menor a un mes. Así pues, este fenómeno está plenamente manifiesto en el ámbito social y educativo, que se evidencia por las cifras de su práctica y su incremento anual. (p. 218)

Para los autores Moral, Rodríguez y Sirvent, (2004) Moral-Jiménez (2011)

“Con respecto al género, las mujeres, se muestran más sensibles ante la problemática del consumo, muestran mayor conciencia sobre los riesgos y los efectos que acarrearán el abuso de sustancias, una debilitada resistencia a la presión grupal al consumo de drogas y actitudes menos permisivas a la experimentación y/o la habituación a drogas ilegales”. (Citado en Moreta, Ilaja, Mayorga, León, y López-Castro, 2018, p. 219)

Hay autores que dicen que además de los efectos nocivos que afectan a su salud, también podrían influir en el fracaso escolar, embarazos no deseados, alteraciones afectivas, etc.

Para la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (2013) la adolescencia es un periodo de la vida que presenta unas características específicas. Desde el punto de vista psicológico, se trata de una etapa con tendencia a la experimentación y minimización del peligro relacionada con una percepción de capacidad de control aumentada; por lo que, es frecuente la aparición de comportamientos de riesgo, como el consumo de tóxicos. A nivel biológico, es un periodo crítico en el uso de drogas y la posterior aparición de drogodependencias, la zona del cerebro encargada de la toma de decisiones y del control de impulsos no está totalmente desarrollada, por lo que es más sensible a las alteraciones producidas por las drogas.

1.6.2. Fases del consumo de Alcohol y Tabaco

El alcohol es conocido como el depresor del sistema nervioso central.

Para la Clínica Albatros (2016) Los efectos se presentan en una secuencia de cinco etapas, siempre que el individuo continúe en estado etílico y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así como el volumen de alimentos, que se encuentran en el estómago, el sexo y el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe:

- **Primera:** el sujeto, se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido debido a que esta sustancia deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta, se libera y el individuo parece excitado.
- **Segunda:** su conducta es esencialmente emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.
- **Tercera:** el individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.
- **Cuarta:** no consigue sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.
- **Quinta:** inconsciencia, ausencia de reflejos. El individuo entraría en estado de coma que alcanza llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.

Dentro de esta clasificación, podemos encontrar a la persona que no toma, también conocido como abstemio, hoy en día los adolescente que no toman son expuestos a burlas por algunos de sus compañeros; esto generaría en el adolescente, que se deje influenciar por el resto de sus compañeros que si lo hacen, es aquí en donde el joven por primera vez prueba este producto y pueda que por ser primera vez que lo prueba la sustancia llegue más rápido a su sangre la cual hace que el adolescente entre a la primera etapa, y así a las demás con mayor rapidez.

Sin embargo, en el cantón donde se aplicó los reactivos han sucedido cosas inéditas en que el alcohol ha estado presente y ha sido el que les ha ocasionado su muerte. El abusar del alcohol llevaría a los jóvenes y adultos a tener consecuencias trágicas como

accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, peleas, ausentismo laboral o escolar. Hay personas que controlan el consumo de esta sustancia pero otras que no lo, es ahí donde se tendría en cuenta que el alcoholismo es una enfermedad y se la trataría.

En cambio, mucho tiempo atrás, se consideraba el fumar como un acto social, como un acto de independencia y a la vez de madurez. Investigaciones afirman al tabaquismo como una drogadicción, se considera a la nicotina como responsable de comportamientos adictivos y dependientes en los consumidores. El consumo de cigarrillo para muchos adolescentes es un rito de iniciación a la edad adulta, los motivos que dan los consumidores respecto al consumo de este producto es que les produce un momento relajación y a la vez algunos adolescentes refieren que el consumo de cigarrillo hace que puedan concentrarse mas en sus tareas.

1.6.3. Niveles de consumo de Alcohol y Tabaco

En todas las bebidas alcohólicas podemos encontrar diferentes cantidades de alcohol, como por ejemplo en la cerveza que es la bebida de mayor consumo para la población podemos encontrar el 5% de alcohol pero en otras, se aprecia más el grado de alcohol, el vino por lo general contiene de 12% a 15,5%, los licores más fuertes como el Tequila, Ron, Vodka y Ginebra tiene una cantidad de 38% a 40% el licor más fuerte tiene una cantidad de 70% y es el Absenta, más conocida como Diablo Verde.

El nivel de alcohol en la sangre definiría si ha consumo o no alcohol. En el Ecuador el nivel permitido de consumo de esta sustancia es de 0,1 gramos, pasados los 0,3, se le otorgaría una multa de un salario básico hasta la pérdida de 5 puntos en su licencia de conducir. Sin embargo, hay niveles de alcohol en la sangre los cuales afectan al cuerpo.

- 0.05: disminución de las inhibiciones
- 0.10: dificultades en la pronunciación
- 0.20: euforia y deterioro motriz
- 0.30: confusión
- 0.40: estupor
- 0.50: coma

- 0.60: paro respiratorio y muerte

Muchas personas ya sean adolescentes o adultos consumen gran cantidad de alcohol y no se embriagan, pero otras personas con tan solo una copa de trago ya están embriagados, esto se da porque algunos licores tienden a ingresar al torrente sanguíneo más rápido, pero por otro lado, también tiene que ver la cantidad de alimentos que las personas consumen por ejemplo el consumir grasas y carbohidratos hacen el licor que se ingiera absorba lentamente.

En cambio, en la nicotina podemos encontrar diferentes niveles de concentración de este producto, esto viene desde 0 hasta 20 miligramos por mililitro. Los adolescentes y adultos que fuman para poder conseguir un golpe de garganta y encontrar ese nivel de satisfacción probarían diferentes cigarrillos y el elegido por la persona va hacer el producto de diario consumo.

En la nicotina los niveles son:

- 13-20mg: Potente, fumadores empedernidos
- 7-12mg: Fuerza media, fumadores habituales
- 1-6mg: Tabaco light
- 0mg: Toda la experiencia de fumar pero sin nicotina

Todos estos niveles de nicotina en el organismo de las personas son perjudiciales, las personas que afirman no fumar y que se encuentran cerca de una persona que fuma también, se ve afectada por el humo de cigarrillo. Para el Ministerio de Salud Publica de Colombia (2018) El humo del tabaco contiene más de 7000 sustancias químicas, de los cuales al menos 250 han sido identificadas como perjudiciales para la salud y al menos 70 son carcinogénicas.

1.6.4. Tipos de consumidores de Alcohol y Tabaco

El alcoholismo, se cataloga como una enfermedad que afecta a una gran parte de la población en todo mundo. Investigaciones han llegado a afirmar que si una persona consumo alcohol su comportamiento cambia, se vuelve agresiva o se vuelve tranquila.

El alcoholismo según su curso clínico y los daños que ocasiona físicamente se clasifica en cuatro categorías (Jellinek como se citó en Llusco y Vargas, 2013):

- **Alcoholismo alfa:** donde no existen alteraciones físicas pero sí alteraciones psíquicas.
- **Alcoholismo beta:** presenta alteraciones psicóticas y de la personalidad además de deterioro cognitivo.
- **Alcoholismo gamma:** presenta el síndrome de dependencia y es de carácter crónico.
- **Alcoholismo delta:** es el estado más severo de la enfermedad y presenta síndrome de abstinencia, alteraciones físicas y sociales.
- **Alcoholismo épsilon:** es de carácter episódico y se encuentra condicionado por el estado de ánimo.

Por todo anteriormente mencionado, estos tipos de alcoholismo han sido estudiados por profesionales que han investigado los tipos de bebedores y sus conductas al momento en que ellos se encuentran en estado étílico. Sin embargo, para el autor Jellinek esta clasificación lo ha hecho para los bebedores y a los alcohólicos en estas 5 etapas con el fin de indicar si presentan problemas sociales o terapéuticos propios de cada categoría.

En cambio, el consumo de cigarrillo en los adolescentes es considerado como un grupo de alto riesgo, el consumo de este, se da a edades más tempranas. (Organización Mundial de la Salud como se citó en Londoño, Rodríguez, y Gantiva, 2011) El tipo de consumo está asociado con el número de cigarrillos consumidos al día, así que se ha desarrollado como estrategia para evaluar el nivel de consumo, el factor principal, la frecuencia diaria de consumo, sin tener en cuenta otros aspectos clave como la intensidad de la ingesta y los problemas asociados al consumo. Así de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2003) los fumadores, se clasifican en leves, moderados y severos en la siguiente escala:

- **Fumador leve:** consume menos de 5 cigarrillos diarios.
- **Fumador moderado:** fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.
- **Fumador severo:** fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio.

Esta clasificación de fumadores según la OMS, se la ha hecho por medio de la Escala Fagerström la cual arroja resultados de niveles altos o bajos en los consumidores. Muchas

personas que fuman lo hacen por diferentes motivos, ya sea para poder aliviar su estrés laboral o estudiantil, o si no porque ya es una adicción. En los adolescentes el fumar es algo que podemos ver a diario, saben los efectos que produce pero ellos los ignoran, muchos lo hacen desde edades tempranas por el motivo de que en casa los miembros de la familia lo hacen y para el adolescente lo vería como algo normal y lo que genera es que el adolescente comience como un fumador pasivo que con el tiempo pudiera llegar a ser fumador severo.

1.6.5. Causas y efectos del consumo de alcohol y tabaco

Para Mayo Clinic (2019) los factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales influenciarían sobre la manera en que el alcohol afecta tu organismo y tu conducta. Hay teorías que sugieren que en algunas personas el alcohol tiene un impacto diferente y más fuerte que ocasionaría trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

Con el paso del tiempo, tomar demasiado alcohol cambia el funcionamiento normal de algunas áreas del cerebro asociadas con la experiencia de placer, el razonamiento y la capacidad de controlar tu conducta. Eso podría ocasionar un fuerte deseo de tomar alcohol para intentar recuperar los sentimientos positivos o disminuir los negativos. El consumo de alcohol tiene varios factores:

- **Consumo constante a lo largo del tiempo.** El consumo excesivo frecuente durante un período prolongado o el consumo compulsivo frecuente suelen ocasionar problemas relacionados con el alcohol o trastorno por consumo de alcohol.
- **Comenzar a una edad temprana.** Las personas que comienzan a beber, especialmente de manera compulsiva, a una edad temprana tienen un mayor riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol.
- **Antecedentes familiares.** El riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol es mayor en las personas que tienen un padre u otro familiar cercano con problemas con el alcohol. Esto se vería influenciado por factores genéticos.
- **Depresión y otros problemas mentales.** Es frecuente que las personas con trastornos mentales, como ansiedad, depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar, tengan problemas con el alcohol u otras sustancias.

- **Antecedentes de trauma.** Las personas con antecedentes de problemas emocionales u otros traumas tienen un mayor riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol.
- **Cirugía bariátrica.** Algunos estudios de investigación indican que someterse a una cirugía bariátrica suele aumentar el riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol o de tener una recidiva después de recuperarse de este trastorno.
- **Factores sociales y culturales.** Tener amigos o una pareja que beben con regularidad podría aumentar el riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol. La manera atractiva en la que a veces el consumo de alcohol, se presenta en los medios de comunicación también transmite el mensaje de que beber mucho está bien. En el caso de los jóvenes, la influencia de los padres, compañeros y otros modelos a seguir afectaría el riesgo.

Estos factores hacen que la persona vea que no tiene otra salida a más que el alcohol, esto genera en terceros molestias y daños como por ejemplo violencia doméstica, abuso sexual, delitos y hasta llegar a un homicidio. Para la Organización Panamericana de la Salud (2008) el alcohol es la causa de más de 60 tipos distintos de enfermedades y lesiones, como trastornos mentales y del comportamiento, condiciones gastrointestinales, cáncer, trastornos inmunológicos, enfermedades esqueléticas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades en relación con la dosis consumida, no con evidencias de efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos.

La ingesta de alcohol es algo que lo denominan como normal, bebidas alcohólicas podemos verlas en todo lado, ya sea en propagandas de televisión, en supermercados, en licorerías, este es un producto de fácil acceso, incluso en las fiestas el alcohol es el principal invitado y los consumidores son los adultos y adolescentes.

Muchas veces las personas, se embriagan hasta perder la conciencia de sus actos, esto hace que un efecto del alcohol sea la intoxicación y esto genera que la persona tenga vómitos, convulsiones, desmayos, piel pálida o azulada; es bueno que la persona que se encuentra en esta situación tenga a otra persona a lado y comunicarse con urgencias, caso contrario la persona que se encuentra inconsciente podría llegar a morir ahogada por su propio vómito y no pueda respirar.

Al igual que en el consumo de alcohol las personas que consumen tabaco en edades tempranas podría generar adicción a la nicotina. En la actualidad podemos encontrar cigarrillos electrónicos llamados hookahs que son pipas de agua, que se usa para fumar tabaco por medio de una manguera con un aboquilla especial, los adolescentes son los mayores consumidores de este nuevo producto, se piensa que no es tan perjudicial como el cigarrillo normal, pero también, se tendría cuidado, contienen anticongelantes sustancias y toxinas químicas cancerígenas, estos se convierten en vapor el cual el usuario inhala.

Todas las personas que fuman o consumen tabaco de otra forma tienen riesgos de desarrollar dependencia. Entre los factores que influyen a las personas que consumen tabaco, se incluyen:

- **Genética.** La probabilidad de que comiences a fumar y continúes haciéndolo, se debe a gran parte ser heredada; los factores genéticos influirían en el modo en que los receptores de la superficie de las neuronas responden ante dosis altas de nicotina suministradas a través de cigarrillos.
- **Hogar e influencia de los pares.** Los niños que se criaron con padres fumadores tienen más probabilidades de convertirse en fumadores. Los niños con amigos fumadores también tienen más probabilidades de probar el tabaco. La evidencia sugiere que los fumadores que se muestran en las películas e Internet incitan a los jóvenes a fumar.
- **Edad.** La mayoría de las personas comienza a fumar durante la niñez o la adolescencia. Cuanto antes comiences a fumar, más tiempo tendrás de convertirte en un fumador habitual en la adultez.
- **Depresión u otras enfermedades mentales.** Muchos estudios muestran una asociación entre la depresión y el tabaquismo. Las personas que padecen depresión, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático u otras formas de enfermedades mentales tienen más probabilidades de convertirse en fumadores.
- **Consumo de sustancias.** Las personas que abusan del alcohol y las drogas ilegales tienen más probabilidades de convertirse en fumadores.

Los adolescentes que fuman cigarrillo son resultados de influencias de sus pares o de miembros de su familia. La única solución de ayuda que tiene la persona es dejar de fumar o simplemente no involucrarse en el mundo de la nicotina

En lo que es la ingesta de tabaco la *National Institute on Drug Abuse* (2010), afirma que: El hábito de fumar perjudica a casi todos los órganos del cuerpo. Ha sido definitivamente vinculado a las cataratas y la neumonía (pulmonía) y ocasiona la tercera parte de las muertes relacionadas con cualquier tipo de cáncer. En general, el índice de muerte por cáncer, se duplica en los fumadores y llega a ser hasta cuatro veces más en los fumadores empedernidos. El cáncer de pulmón encabeza la lista de los tipos de cáncer causados por el tabaco. El uso de cigarrillos está asociado con el 90 por ciento de todos los casos de cáncer pulmonar, el cáncer que más muertes causa tanto entre hombres como mujeres. El hábito de fumar también está asociado con el cáncer de la boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñones, uretra, vejiga y leucemia mieloide aguda.

1.6.6. Evaluación y diagnóstico del consumo de Alcohol y Tabaco

Podemos encontrar varios instrumentos para poder medir el consumo de alcohol y tabaco, se tendría en cuenta que lo importante de un reactivo es su validez y su confiabilidad. Evaluaciones para el consumo de alcohol hay varios como por ejemplo CBA que consta de 22 ítems que mide la dependencia de alcohol, el CAGE que tiene 4 ítems, 3 de 4 mide aspectos subjetivos de las personas en relación al consumo de alcohol y el último ítem mide abstinencia alcohólica, el AUDIT consta de 10 ítems que miden consumo de alcohol, problemas derivados de este y conductas asociadas, el ASSIST que consta de 8 ítems los cuales mide consumo de sustancias como alcohol, nicotina, cannabis, opáceos, alucinógenos, hipnóticos, cocaína, inhalantes y sedantes, el MALT, se divide en dos partes el MALT-O lo realiza un profesional y el MALT-S es autoaplicable, estos son útiles solo para detectar dependencia, sospecha de dependencia o sin dependencia.

Para los autores Ochoa, Madoz, y Muelas (2009), el diagnóstico de alcoholismo supone la elaboración de una correcta anamnesis, junto con la correcta exploración clínica. Es necesario realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Sería útil el uso de cuestionarios diagnósticos. Realizaremos una analítica completa con marcadores biológicos y un adecuado diagnóstico dual de las psicopatologías previas o asociadas.

Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional.

En la anamnesis y exploración clínica, se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física, se buscarán alteraciones somáticas y otros datos, inespecíficos pero orientativos sobre el abuso de alcohol, y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico.

Los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. Son muy recomendables aunque poco registrados en Atención Primaria, donde el consejo terapéutico sobre la reducción de un consumo de riesgo logra ser útil. Orientan hacia un patrón de consumo clásico latino o hacia el intermitente anglosajón a la vez que evalúa el consumo con o sin riesgo, y el consumo patológico

1.6.7. Mecanismos de intervenciones del consumo de Alcohol y Tabaco

Los padres desempeñan un papel importante en la vida de sus hijos y más si consume algún tipo de sustancia, ellos podrían prevenir las conductas perjudiciales para ellos. Para prevenir el consumo ya sea de alcohol o de tabaco los padres tendrían que dialogar con sus hijos sobre las causas y efectos del consumo de sustancias esto comenzaría desde su etapa adolescente, aprovechar momentos en los que él o la joven, se encuentren predispuesto a hablar, no cuando los padres quieran hablar, eso fomentaría en el joven una psicoeducación en la cual él, al entrar al mundo de influencias, se encuentre preparado para enfrentar esta problemática de consumos.

Para los autores Monasora, Jiménez, y Paloma (2003) es necesario abordar todos los aspectos implicados en esta enfermedad. Desde el punto de vista biológico, la farmacología ha avanzado en la aparición de nuevos fármacos dirigidos a reducir el deseo de beber. Desde el punto de vista psicosocial, las intervenciones van dirigidas a incrementar y mantener la motivación del paciente a lo largo del tratamiento.

Existe una gran diversidad de intervenciones psicosociales para este fin en función de diferentes orientaciones teóricas.

- Terapias de orientación cognitiva
- Prevención de recaídas (PR)
- Técnicas de autocontrol
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Intervenciones motivacionales
- Desensibilización sistemática
- Terapias conductuales
- Terapia aversiva
- Contrato de contingencias
- Prevención de respuestas a la exposición a estímulos
- Terapias psicodinámicas
- Terapias familiares
- Terapias grupales
- Proyecto Match (método de doce pasos Alcohólicos Anónimos)

Estas técnicas sirven para poder ayudar al consumidor a salir de este problema, para una buena intervención, se necesita que el adolescente o adulto vaya por su propia voluntad, más no obligado, no resultará factible la intervención psicológica. Afirmen los autores Ochoa, Madoz, y Muelas (2009) que de manera genérica, todo programa terapéutico sobre alcoholismo, se basa en un trabajo motivacional previo pero también continuado y concomitante con los diversos programas específicos. Conceptos como técnicas motivacionales y estadios de cambio son básicos para el trabajo en alcoholismo, cualquiera que sea la orientación y opción terapéutica elegida.

De forma similar, podemos encontrar diversas intervenciones psicológicas para el consumo de tabaco. Afirmen Becoña y otros autores (2014) que:

“Las primeras terapias psicológicas que mostraron ser eficaces para dejar de fumar fueron las conductuales. Comenzaron utilizándose las de tipo aversivo (ej., fumar rápido); luego fueron seguidas o complementadas con otras como la autoobservación, la relajación, el control de estímulos, la reducción gradual de

ingesta de nicotina y alquitrán; etc. Años más tarde, aparecieron los tratamientos psicológicos multicomponentes y de prevención de la recaída” (p. 16).

Por otro lado, para los autores Veiga, Martín, y Corral (2004) Dentro del tratamiento psiquiátrico incluye, entre otros apartados, los siguientes: establecer un vínculo terapéutico, aumento de la motivación y disposición al cambio, intervención inicial en quienes desean dejarlo, educación sanitaria sobre la dependencia, pacto relativo al aumento de peso, recomendaciones respecto al consumo de alcohol y cafeína, forma de abordar los deslices y recaídas. Todo esto lo realiza cualquier terapeuta que aborde el tabaquismo, independientemente de cómo lo denomine.

Las terapias conductuales, se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje intervienen en la instauración, mantenimiento y abandono del hábito del tabaquismo. Sus objetivos suelen ser: modificar los antecedentes del consumo de tabaco, reforzar la conducta de no fumar y enseñar técnicas que faciliten la abstinencia del tabaco en situaciones de alto riesgo.

Se tomaría en cuenta que, la mayoría de los tratamientos para el consumo de tabaco son eficaces pero algunas personas que salen de esta problemática vuelven a recaer y para esto también se cuenta con la prevención de recaídas.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Metodología de la Investigación

- **Paradigma post positivista**

En el post-positivismo la realidad existe pero no logra ser completamente aprehendida. Lo real, se lo entiende desde las leyes exactas, sin embargo, ésta únicamente suele ser entendida de forma incompleta. Una de las razones para no poder lograr una comprensión total y absoluta de la realidad se basa en la imperfección de los mecanismos intelectuales y perceptivos del ser humano, lo que lo limita para poder dominar todas las variables presentes en un fenómeno. (Flores como se citó en Ramos, 2015)

- **Nivel no experimental**

Para los autores Sousa, Driessnack y Costa (2007) “los diseños no experimentales, también son clasificados de acuerdo al momento en el cual los datos son recolectados en el tiempo, transversal o longitudinal, o de acuerdo con la época de experiencia o evento estudiado, retrospectivo o prospectivo (p. 2).

Diseños no experimentales, serían similares a experimentos por el pos-test. Sin embargo, existe una denominación natural para la condición o grupo a ser estudiado, al contrario de la denominación aleatoria, y la intervención o condición (X), es algo que se da de forma natural, no es colocada de forma impositiva o manipulada. Los métodos más comunes utilizados en los diseños no experimentales, involucran investigaciones exploratorias y/o cuestionarios. Diseños no experimentales son típicamente clasificados tanto como descriptivos como de correlación” (p. 3).

- **Tipo cuantitativo**

Se caracteriza por utilizar métodos y técnicas cuantitativas y por ende tiene que ver con la medición, el uso de magnitudes, la observación y medición de las unidades de análisis, el muestreo, el tratamiento estadístico. Este enfoque o perspectiva fue desarrollado por Augusto Comte, Emilio Durkheim y Herbert Spencer, representantes del positivismo y luego por el neopositivismo, el positivismo lógico, el realismo crítico (Cerdeña como se citó en Ñaupás, Elías, Novoa, y Villagómez, 2013)

Autores como Ñaupas, Elías, Novoa y Villagómez (2013) mencionan que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos y el análisis de los mismos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis formuladas previamente, además confía en la medición de variables e instrumentos de investigación, con el uso de la estadística descriptiva e inferencial, en tratamiento estadístico y la prueba de hipótesis; la formulación de hipótesis estadísticas, el diseño formalizado de los tipos de investigación; el muestreo, otros. En este tipo de investigación la aplicación del método científico y de métodos específicos en cada una de las ciencias es riguroso y se postula que es la única forma de alcanzar la verdad o descubrir nuevos conocimientos científicos. El método de investigación fue tomado de las ciencias naturales y de las ciencias formales. (p. 97).

Es decir, esta investigación analiza diferentes elementos los cuales podrían medir y ser cuantificados, pero a la vez serían criterios confiables y válidos. Por otro lado, para poder obtener información, se basaría en la muestra de la población.

- **Alcance descriptivo correlacional de corte transversal**

Para los autores Sousa, Driessnack y Costa (2007), los estudios correlacionales descriptivos describen variables y las relaciones que se dan de forma natural entre las mismas.

Por otro parte, el estudio de corte transversal según Manterola y Otzen (2014), indica que su característica fundamental es que todas las mediciones, se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento. En otras palabras, con éste diseño, se efectúa el estudio en un momento determinado de la evolución de la enfermedad o evento de interés. De esta manera, no se distinguiría si la exposición determinó el desarrollo de la enfermedad evento de interés (EI), o sólo afecta el nivel individual de la exposición.

- **Método general científico aplicado a las ciencias sociales**

Para Lafuente y Marín (2008) el método científico, se la define como el conjunto de tácticas que se emplean para constituir conocimiento. Son estos los pasos e instrumentos que llevan a explicar fenómenos, o a establecer relaciones entre hechos.

Por otro lado, para Batthyány y Cabrera (2010) plantean que las Ciencias Sociales tienen formas de construir conocimiento que se diferencian de las propias de las ciencias físico-naturales debido a la peculiaridad de su objeto. Es decir, existen particularidades y dilemas propios a las Ciencias Sociales vinculados a la objetividad y a la universalidad o generalización de los conocimientos.

2.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS

2.2.1. Técnicas

- **Observación científica**

Se trata de poner bajo la lupa una tradición epistémica que ha insistido en que la ciencia se deriva de los hechos en que la observación es el camino privilegiado de acceso a los hechos, y en que el investigador tiene el papel de recoger los datos. (Chalmers como se citó en Ávila 2008). Es decir, la observación implica observar un objetivo preciso, definido y claro, con esto el investigador preparará cuidadosamente su observación, que es lo que desea observar y para que quiere hacerlo.

- **Entrevista estructurada**

Para los autores Troncoso-Pantoja y Amaya-Placencia (2016) la entrevista estructurada plantea preguntas con anterioridad y tienen una estructura definida que se mantiene al momento de ser realizada, lo que podría limitar la opinión del sujeto estudiado.

Por otro lado, los autores Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz (2013) mencionan que, en la entrevista estructurada las preguntas se fijan de antemano, con un determinado orden y contiene un conjunto de categorías u opciones para que el sujeto elija. Se aplica en forma rígida a todos los sujetos del estudio. Tiene la

ventaja de la sistematización, la cual facilita la clasificación y análisis, asimismo, presenta una alta objetividad y confiabilidad. Su desventaja es la falta de flexibilidad que conlleva la falta de adaptación al sujeto que se entrevista y una menor profundidad en el análisis.

2.3. Instrumentos

Relata la evaluación psicológica como un proceso que consigue o no, incluir tests estandarizados como uno de los recursos para alcanzar sus objetivos. En ella, se encuentran involucrados la obtención de información, los instrumentos utilizados y las varias formas de medidas para que se llegue a una conclusión. Dicho de otra forma, el proceso de evaluación psicológica incluye diferentes procedimientos de medida, identificar dimensiones específicas del sujeto, de su ambiente y de la relación entre ellos. (Noronha como se citó en Nunes, Garcia, y Alba, 2006)

Para este proyecto de investigación, se utilizaron varias técnicas como la observación científica, la ficha sociodemográfica y la aplicación de reactivos de salud mental y de consumo de alcohol y tabaco. Todas estas herramientas utilizadas ayudaran para comprobar o rechazar la hipótesis planteada, lo cual permitira sacar conclusiones y recomendaciones

- **Ficha sociodemográfica (Anexo 1)**

Las fichas sociodemográficas son cuestionarios estructurados utilizados para obtener información de la situación en la que se encuentran la población a la cual vamos a aplicar los reactivos, en este caso, sera a la población de adolescentes escolarizados del cantón Cevallos. Esta ficha está compuesta de tres partes que son: Información General, Escolaridad y Economía y Trabajo.

En Información General que consta de: edad, ubicación de domicilio, estado civil, cargas familiares, con quien vive actualmente y si ha recibido tratamiento médico y psicológico, en Escolaridad consta de: curso en el que se encuentra, rendimiento académico, repite curso actualmente y cambio de institución. En Economía y Trabajo consta de: situación socio-económica familiar, economía le permite continuar con los estudios y si estudia y no trabaja o estudia y trabaja.

- **GHQ 28 (General Health Questionnaire de Goldberg) (Anexo 2)**

Para los autores Vallejo, Riverab, Esteve-Vivesc, y Rodríguez-Muñoz (2014) El GHQ [*General Health Questionnaire, GHQ*] de Goldberg (1972) es un cuestionario de *screening* autoadministrado que fue diseñado para detectar trastornos psíquicos no psicóticos en la población general.

Sin embargo, es en la versión de 28 ítems en la que mejores propiedades, se han encontrado, al adaptarse a diferentes idiomas) y además es ampliamente usada en diferentes investigaciones. Esta versión, se compone de cuatro escalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. La bibliografía ha señalado como ventajas del cuestionario su reducido tiempo de aplicación, que oscila entre 3 y 5 minutos, y la facilidad para ser aplicado. Originariamente, Goldberg y Hillier (1979) propusieron la estructura de cuatro factores del GHQ-28 a partir de los resultados de un análisis de componentes principales de la versión originaria de 60 ítems.

Existen dos fórmulas tradicionales para establecer los puntos de corte; el llamado GHQ (0, 0, 1, 1) o el C-GHQ (0, 1, 1,1). Con estos sistemas el punto de corte, se establece en 5/6

La fiabilidad, calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, es en la escala somática .79, en la de ansiedad .90, la de disfunción social .79 y la de depresión .91. La fiabilidad total de la escala es de .94. Todas las escalas correlacionan positiva y significativamente entre sí y con la escala total.

Por otro lado, para Vázquez, y otros (2017) ambas versiones mantienen un buen grado de concordancia, ya que los coeficientes de validez y fiabilidad del GHQ-28 son semejantes a los de la versión de 60 ítems. La versión mexicana ha mostrado adecuada consistencia interna (0,90) y validez divergente moderada $r=0,60$ (p.74).

- **AUDIT**

Para Babor, Higgins-Biddle, Saunders, y Monteiro (2001) “el AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Consigue ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad

presente. También ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos” (p. 4). El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

“El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales” (p. 5). “En las muestras de desarrollo del test1 un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático, que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios, se situaba como media en valores superiores de 0,80” (p. 11).

“Para el punto de corte recomendado de 8, la mayoría de estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable, para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales del CIE-10” (p. 12). “Un estudio de fiabilidad test-retest indicó una alta fiabilidad ($r=.86$)” (p. 13)

“El AUDIT es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol” (p. 20)

Para la Organización Mundial de la Salud (2001) los reactivos 1, 2 y 3 evalúan la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol e identifican consumo de riesgo o no; los reactivos 4, 5 y 6 evalúan síntomas de dependencia al determinar ausencia de control o aumento del patrón de consumo y por último los reactivos 7, 8, 9 y 10 determinan la presencia de un consumo de alcohol perjudicial al indagar presencia de sentimientos de culpa, lecciones resultantes, preocupación de otros. (p. 11)

La validación del AUDIT realizada por Pérula de Torres, y otros (2005) en la población de mujeres con un consumo excesivo de alcohol y/o síndrome de dependencia (SDA) Los coeficientes kappa de los ítems del AUDIT oscilaron entre 0,685 y 0,795 ($p < 0,001$). La

fiabilidad interna, con el alfa de Cronbach, fue 0,932 (IC del 95%, 0,921-0,941). La sensibilidad del test fue del 89,6% (IC del 95%, 76,11-96,02) y la especificidad del 95,07% (IC del 95%, 92,18-96,97). El punto de corte más eficaz fue el de 6 puntos. Conclusiones. El AUDIT es un cuestionario con unas buenas propiedades psicométricas y es fiable y válido para la detección del consumo de riesgo y SDA en mujeres (p.69).

- **Test de Fagerström**

Para la Organización Médica Colegial y el Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) “el test de Fagerström de dependencia de Nicotina (FTND) (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), que es la que más se emplea hoy en día, y que es la que se recomiendan usar en Atención Primaria. Está formado por seis ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. También ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. Por este motivo es una herramienta útil para medir el grado de dependencia fisiológica. La puntuación oscila entre 0 y 10” (p. 40).

“Un fumador con alta dependencia a la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 5 o 6 puntos, dependencia media de 3 o 4 puntos y baja dependencia de 0 a 2 puntos” (p. 42). Este test tiene una confiabilidad de (0,81) y se consideró como punto de corte para diferenciar entre fumadores dependientes y no dependientes de la nicotina el valor de 6 puntos.

Para los autores Roa-Cubaque y otros (2016) en el análisis comparativo, se encontró un meta-análisis en el que se evaluó la consistencia interna y el alfa de Cronbach osciló entre 0,47 y 0,90; también, sugieren la existencia de poca confiabilidad para poder aplicarlo masivamente (p. 172)

2.2.2. Participantes

En la investigación es necesario precisar el universo de la investigación para poder establecer quienes serán los participantes en el estudio. Este proyecto de investigación, se realizó con los estudiantes de la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos ubicado en el cantón Cevallos.

- **Población**

Es el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación. "El universo o población puede estar constituido por personas, animales, registros médicos, los nacimientos, las muestras de laboratorio, los accidentes viales entre otros". (Pineda como se citó en López, 2004). La población de interés comprende a los y las adolescentes escolarizados de bachillerato en el cantón Cevallos. Según las estadísticas y el registro del Ministerio de Educación (2018), existe un total de 300 casos de interés en el periodo educativo. Es decir, adolescentes que cursan primero, segundo y tercer año de bachillerato de una unidad educativa pública. Donde el rango de edad oscila entre 14 y 18 años, mismo que es clave para la verificación de su salud mental y su relación con el consumo de alcohol y tabaco.

- **Muestra**

Para el autor López (2004) la muestra es un subconjunto o parte del universo o población en, que se llevará a cabo la investigación. Hay procedimientos para obtener la cantidad de los componentes de la muestra como fórmulas, lógica y otros, que se verá más adelante.

Para el establecimiento de la muestra del presente proyecto de investigación, se realizó un cálculo estadístico con el fin de alcanzar un tamaño significativo y representativo de la población expuesta (300 casos). Es así, que con una confianza del 95%, un margen de error del 5%, se obtuvo una muestra de 270 participantes.

- **Muestreo**

El muestreo es el método utilizado para seleccionar a los componentes de la muestra del total de la población. Consiste en un conjunto de reglas, procedimientos y criterios mediante los cuales, se selecciona un conjunto de elementos de una población que representan lo que sucede en toda esa población. (Mata como se citó en López, 2004).

El tipo de muestreo a emplear en la selección de los participantes fue de tipo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión. Los criterios de inclusión fueron: a) Estar matriculados en el periodo académico y cursar entre primero y tercero de bachillerato, b) Consentimiento informado del representante legal, c) Mantener una

asistencia frecuente, d) No presentar manifestaciones psicológicas que alteren la realización de la evaluación.

2.3. Características Sociodemográficas

La primera tabla pertenece a las características sociodemográficas de la muestra (estudiantes escolarizados del Cantón Cevallos) la misma que incluye: edad, sexo, estado civil, domicilio, curso, rendimiento, economía, tratamiento médico y tratamiento psicológico. Los resultados, se presentan con medidas de distribución como la media (X), desviación estándar (s) y frecuencias (f). (Ver Tabla 1)

Tabla 1.
Análisis Sociodemográfico de la Muestra

Variables	Mínimo	Máximo	Media	Des. Típ.
Edad			(X)	(s)
	14,00	18,00	15,39	,9277
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexo				
Femenino	140	46,7%	46,7%	100,0%
Masculino	160	53,3%	53,3%	53,3%
Estado Civil				
Soltero	296	98,7%	98,7%	98,7%
Casado	1	,3%	,3%	99,0%
Unión Libre	3	1,0%	1,0%	100,0%
Domicilio				
Urbano	113	37,7%	37,7%	37,7%
Rural	187	62,3%	62,3%	100,0%
Curso				
Cuarto	110	36,7%	36,7%	36,7%
Quinto	107	35,7%	35,7%	99,0%
Sexto	83	27,7%	27,7%	100,0%
Rendimiento				
Sobresaliente	21	7,0%	7%	7%
Muy buena	82	27,3%	27,3%	34,3%
Buena	151	50,3%	50,3%	84,7%
Regular	45	15,0%	15,0%	99,7%
Deficiente	1	,3%	3%	10%
Economía				
Mala	9	3,0%	3,0%	3,0%
Regular	144	48,0%	48,0%	51,0%
Buena	135	45,0%	45,0%	96,0%
Muy buena	12	4,0%	4,0%	100,0%
Trat. Médico				
Si	16	5,3%	5,3%	5,3%
No	284	94,7%	94,7%	100,0%
Trat. Psicológico				
Si	8	2,7%	2,7%	2,7%

No	292	97,3%	97,3%	100,0%
Nota: 300 estudiantes				

El análisis, se realizó a 300 estudiantes de bachillerato para el estudio de las variables sociodemográficas, que se consideraron tanto por la salud mental que tiene que ver con la etapa que atraviesa el adolescente y también, el consumo de alcohol y tabaco.

La edad de los participantes en la presente investigación, se ubica en una media (\bar{X}) de 15,39 años en la muestra evaluada, lo que revela que es un grupo de participantes adolescentes, además, se obtuvo una desviación estándar (s) de ,92. Por lo tanto, se concluye que en la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos los investigados tienen una edad de 14 a 18 años.

La distribución de la variable sexo de los participantes está conformada por 140 que corresponde a mujeres con un porcentaje de 46,7% y 160 que corresponde a hombres con un porcentaje de 53,3%. Con respecto a la variable estado civil, se encontró que la muestra de participantes está conformada por el 98,7% correspondiente a soltero/a, el 0,3% que corresponde a casado/a, y el 1,0% que corresponde a unión libre. En la variable domicilio, se encontró que el 37,7% corresponde al domicilio urbano y el 62,3% correspondiente al domicilio rural.

En la variable curso, se encontró que el 36,7% corresponde a primeros años de bachilleratos, el 35,7% corresponden a los segundos años de bachillerato y el 27,7% corresponde a terceros años de bachillerato. En la variable rendimiento encontramos que el 7,0% corresponde a sobresaliente, 27,3% corresponde a muy buena, el 50,3% corresponde a buena, el 15,0% corresponde a regular y el .3% corresponde a deficiente. Por la tanto, se concluye que la mayor parte de estudiantes de bachillerato tienen un rendimiento escolar bueno, seguido de un rendimiento escolar muy bueno, seguido de un rendimiento escolar regular, seguido por un rendimiento escolar sobresaliente y por ultimo seguido de un rendimiento escolar deficiente. En la variable economía encontramos un 3,0% correspondiente a una economía mala, el 48,0% correspondiente a una economía regular, el 45,0% correspondiente a una economía bueno y el 4.0% correspondiente a una economía muy buena.

Con respecto a la variable tratamiento médico encontramos que un 5,3%, se encuentra en un tratamiento médico y el 94,7%, no se encuentra en tratamiento médico. Por lo que se concluye que la mayor parte de estudiantes de bachillerato, no se encuentran en un

tratamiento médico, pero si se encuentra seguido con estudiantes que si presentan tratamiento médico. Con respecto a la variable tratamiento psicológico encontramos que el 2,7% se encuentra en que si están en tratamiento psicológico y el 97,3%, no se encuentra en un tratamiento psicológico. Por lo que la mayor parte de estudiantes, no se encuentran en un tratamiento psicológico pero si esta seguido de estudiantes, que si se encuentran en tratamiento psicológico.

2.4. Procedimiento

Una vez definido el tema del proyecto de investigación, se comenzó a buscar bibliografía acerca del tema a investigar, seguido se procedió a la realización de un índice para poder sacar temas principales y poder realizar el estado del arte, al igual, que se indago instrumentos evaluativos y la población a aplicar los reactivos psicológicos, los cuales van a corroborar con resultados y poder comprobar la hipótesis del proyecto.

Para poder recolectar la información de los reactivos lo primero que se llevó a cabo, es el pedir a la dirección de estudiantes la solicitud que otorga la universidad para ir al lugar en donde se va a recolectar los datos. El lugar seleccionado fue la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos y la población aplicada fue a 300 estudiantes del bachillerato. La solicitud fue entregada al rector del colegio para poder aplicar lo reactivos. Al ser permitido el acceso a las estudiantes, se realizó una pequeña charla de inducción sobre los reactivos que se les va a aplicar, en este caso fue el Cuestionario de Salud General GHQ 28, Test de AUDIT y el Test de Fagerström. Para poder recolectar datos en adolescentes menores de edad lo que se hizo fue hacer una carta de consentimiento informado para los padres, para que sepan que al estudiante se le va a aplicar varios reactivos con el fin de tener datos estadísticos sobre salud mental y consumo de alcohol y tabaco, a la vez, esta carta autorizará el permiso para poder realizar la aplicación a los estudiantes. Al momento de tener las cartas de consentimiento informado de toda la población, se procedió a la aplicación de la ficha sociodemográfica y a los test. La aplicación de dichos reactivos fue aplicada en las mismas aulas en donde reciben clases. Al recolectar todos los datos de los estudiantes, se procedió a calificar los test y posterior la información fue enviada al programa SPSS versión 20, la cual ayudó para el análisis de datos estadísticos.

CAPITULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para determinar la relación entre la salud mental y el consumo del alcohol y tabaco en los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos, se realizó los análisis de las dimensiones del Cuestionario de Salud General GHQ 28 con el Test de AUDIT y el Test de Fagerström.

3.1. Estadísticos Descriptivos

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de las dimensiones del test GHQ 28 en consideración a la media (\bar{X}) y la desviación estándar (s) (Ver Tabla 2.).

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos del GHQ 28.

<i>Factores</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Síntomas Somáticos	,00	7,00	1,03	1,53
Ansiedad Insomnio	,00	7,00	1,01	1,67
Disfunción Social	,00	7,00	,913	1,67
Depresión Grave	,00	8,00	,966	1,70
Global	,00	26,00	3,92	5,43

Nota: 300 estudiantes

El test GHQ 28 establece un punto de corte de 5/6 no caso, no presenta mala salud mental/ caso, presenta problemas con la salud mental, para la puntuación total de la escala dada su mayor especificidad (82%) y sensibilidad (84.6%). Al observar, la muestra evaluada presenta niveles altos en todas las subescalas del reactivo.

La distribución de la dimensión de Síntomas Somáticos muestra un máximo de 7,00 con una media (\bar{X}) de 1,03 y una desviación estándar (s) de 1,53; en la dimensión de Ansiedad/Insomnio, da un máximo de 7,00 con una desviación estándar de 1,01 y una desviación estándar de 1.01. En la dimensión Disfunción Social el máximo es de 7,00 con una media de ,913 y una desviación estándar de 1,67, en la dimensión Depresión grave con un máximo de 8,00y con una media de ,966 y una desviación estándar de ,966.

Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos echo

por los autores Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno, y Garrosa (2006) en el cual, “En primer lugar, se realizó un análisis de correlación bivariada de Pearson. Los análisis de indican que el acoso psicológico en el trabajo muestra las relaciones más altas con el deterioro de la salud. Se observa que, se asocia positiva y significativamente con las dimensiones del Goldberg, especialmente con la depresión ($r = 0,50$; $p < ,001$) y la disfunción social ($r = 0,47$; $p < ,001$). En cuanto a las variables de personalidad, se advierte que la sintomatología, se relaciona significativamente con las tres dimensiones, especialmente con asertividad, que presenta fuerte correlaciones con depresión ($r = -0,34$; $p < ,001$) y ansiedad e insomnio ($r = -0,31$; $p < ,001$). Igualmente, el acoso, se relaciona positivamente con la ansiedad social ($r = 0,18$; $p < ,05$). Y locus de control ($r = 0,27$; $p < ,001$) y negativamente con la asertividad ($r = -0,32$; $p < ,001$)” (p. 372).

A continuación, se presentan el análisis descriptivo del Test de AUDIT en consideración a la media (\bar{X}) y la desviación estándar (s) (Ver Tabla 3.).

El test de AUDIT establece percentiles inferiores de 8 y 15 que indican niveles bajos de consumo de alcohol en la cual, se da un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo; entre el 16 y 19 indican una terapia breve y un abordaje continuo; y mayor a 20 indican una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol. En este caso podemos ver que la media (\bar{X}) es de 6,50 y su desviación estándar (s) es de 4,04

Tabla 3.
Estadísticos descriptivos del AUDIT

Factores	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Factor 1	0,00	11,00	5,02	2,94
Factor 2	0,00	9,00	0,67	1,31
Factor 3	0,00	14,00	0,80	2,10
Total	0,00	27,00	6,50	4,04

Nota: 300 estudiantes

Se considera que el punto de corte del primer factor es 7, el del segundo factor es 6, el del tercer factor es 8, y el del total es 21; las medias alcanzadas por la población examinada, se encuentran por debajo del mismo, lo que implica que los examinados no presentan un nivel de consumo que pueda considerarse alto o de riesgo.

A continuación, se presentan el análisis descriptivo de las dimensiones del test de Fagerström en consideración a la media (\bar{X}) y la desviación estándar (s) (Ver Tabla 4.).

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos del Test de Fagerström

Factores	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FAGERSTRÖM	,00	,00	,00	,00

Nota: 300 estudiantes

El test de Fagerström establece percentiles inferiores de 4 los cuales indican niveles de dependencia baja a la nicotina; entre 4 y 16 indican dependencia media la nicotina y mayor a 7 indican dependencia alta a la nicotina. En este caso podemos ver que el test de Fagerström no tiene correlación alguna con el Cuestionario GHQ 28 y el test de AUDIT.

3.2. Comparaciones del Cuestionario GHQ 28 por Sexo

La comparación para las cuatro dimensiones del Cuestionario GHQ 28 perteneciente a Salud Mental por sexo en la muestra examinada, se ha llevado a cabo con el propósito de establecer diferencias estadísticamente significativas para la variable. A través del coeficiente de correlación t de student, se ha analizado la correlación de las variables *Sexo* y *salud mental* con las 4 dimensiones: Síntomas Somáticos, Ansiedad/Insomnio, Disfunción Social y Depresión Grave al igual que su nivel de significancia, en función de la probabilidad asociada. (Ver Tabla 5)

Tabla 5.

Comparación del Cuestionario GHQ 28 por Sexo

Factores	Sexo	N	Media	Desviación tip.	t	
Síntomas Somáticos	Masculino	160	0,9375	1,50340	,248	p> 0,005
	Femenino	140	1,1329	1,56661		
Ansiedad Insomnio	Masculino	160	0,8188	1,44009	,034	p> 0,005
	Femenino	140	1,2286	1,89031		
Disfunción Social	Masculino	160	0,8813	1,52287	,697	p> 0,005
	Femenino	140	0,9500	1,52827		
Depresión Grave	Masculino	160	0,8000	1,47857	,071	p> 0,005
	Femenino	140	1,1571	1,92399		
Global	Masculino	160	3.4375	5,00024	,098	p> 0,005
	Femenino	140	4,4786	5,85738		

Nota: 300 estudiantes

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujeres en las sub-dimensión Ansiedad/Insomnio ($p < ,034$).

3.3. Comparaciones del Test de AUDIT por Sexo

La comparación para la variable del Test de Audit por sexo en la muestra examinada, se ha llevado a cabo con el propósito de establecer diferencias estadísticamente significativas para la variable la cual mide dependencia de alcohol.

Tabla 6.
Comparación AUDIT por Sexos

	Sexo	Media	Desviación típ.	<i>t</i>
Factor 1	Hombre	4,93	2,93	,537 $p > 0,5$
	Mujer	5,14	2,97	
Factor 2	Hombre	0,75	1,47	,277 $p > 0,5$
	Mujer	0,58	1,11	
Factor 3	Hombre	0,86	2,16	,704 $p > 0,5$
	Mujer	0,76	2,04	
Total	Hombre	6,45	4,23	,989 $p > 0,5$
	Mujer	6,50	3,84	

Podemos ver que no hay diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los tres factores ni tampoco en el resultado global porque todos los valores son superiores a 0,05 y no se realizaron comparaciones en el test de Fagestrom.

3.4. Correlaciones

Al fin de establecer la relación entre la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco, se propone realizar los análisis de resultados de las dimensiones del Cuestionario GHQ 28 con el test de AUDIT y el Test de Fagerström los cuales proponen equivalencias cuantitativas, tanto para la calificación total de las variables como para los factores que los componen; se ha procedido a transformar la ordenación ordinal a su forma numérica correspondiente, misma que sigue una distribución normal y se encuentra medida a nivel de intervalo, cumple los criterios para aplicar una prueba paramétrica, el coeficiente de correlación de Pearson. (Ver Tabla 7)

La escala de medida sería una escala de intervalo o relación debido a lo anterior expuesto mana la necesidad de establecer la relación entre dos variables cuantitativas en un grupo de sujetos de estudio por lo que dado que en el Fagerström el valor es constante (cero),

no es posible establecer correlaciones entre las variables por lo que se ha omitido la información proveniente del Fagerström

Tabla 7.
Análisis de Resultados

Factores	Sint.	Soma	Ansiedad	Disf. Soc.	Depresión	Total	AUDIT
Síntomas Somáticos	1	,716**	,600**	,594**	,858**	,185**	
Ansiedad Insomnio		1	,618**	,581**	,866**	,212**	
Disfunción Social			1	,587**	,824**	,209**	
Depresión Grave				1	,826**	,229**	
Global					1	,248**	
AUDIT						1	

** *La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

Se encontraron correlaciones positivas bajas entre la dimensión Ansiedad/Insomnio, Disfunción Social, Depresión Grave y Global del GHQ 28 con los resultados encontrados en el Test Audit.

Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio del Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud, en donde los autores Ramírez, Marínez y Asúnsolo del Barco (2011) dan prevalencia a los problemas relacionados con el alcohol en la población laboralmente activa representa el principal objetivo de estudio para muchos investigadores, y relacionar esta prevalencia con factores psicosociales y propios del ambiente laboral aparece como punto diana para reconocer soluciones. Así en India, se tomó en cuenta este argumento para estudiar a 1013 trabajadores de la industria, lo cual, se ha determina a través del uso del test AUDIT y el GHQ12 (General Health Questionnaire, para el cribaje de enfermedad común mental) una prevalencia de 21,3% de la población total y una fuerte relación entre escalas altas de GHQ y el consumo perjudicial de alcohol, también, se observó que 50% de los varones mostraron problemas con el consumo de alcohol como ya se ha mencionado en otros estudios, es una valiosa base de investigaciones que clarifican los factores relacionados con esta problemática de salud.

Otro estudio relacionado a estudios similares a este es el de Identificación precoz de bebedores de riesgo en empleados públicos de la provincia de Cádiz echo por los autores Ramírez (2010) en los cuales en la primera, se recogen los datos socio-demográficos, en la segunda parte, se encuentra el cuestionario AUDIT y GHQ 28 que es auto

administrado. En el GHQ 28, se detectaron 125 trabajadores con un resultado mayor o igual a 6 (22.5%), con predominio de las mujeres. Este cuestionario presenta una media de 3.16 con IC 95%; 2.74-3.16 y desviación típica de 4.89 y El cuestionario AUDIT presenta una puntuación médica de 3.1 con IC95%; 2.69-3.25, con una desviación típica de 2.79, refleja que 33 varones presentan una puntuación igual o superior a 8 y 14 mujeres mayor o igual a 6. Un 81% son bebedores de bajo riesgo, 7% de alto riesgo y el 12% restante no consumen alcohol.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la investigación realizada, se llega a las siguientes conclusiones:

- Se fundamenta que el consumo de alcohol y tabaco podría afectar a la salud mental y presentarse de varias maneras como síntomas somáticos, en donde se presentaría niveles altos de ansiedad, fatiga, dolores de cabeza, calores, escalofríos, resequedad en la boca, pérdida de interés en actividades, insomnio precoz, intermedio y tardío, irritabilidad, incapaz de tomar decisiones, pensamientos suicidas, sentimientos de culpa, alteración del sistema motor, pérdida o aumento de apetito.
- Al evaluar el estado de la salud mental se ha obtenido resultados de los reactivos aplicados que hay una correlación baja positiva entre la salud mental y el consumo de alcohol en los estudiantes escolarizados, pero no hay correlación en el consumo de tabaco, todos los reactivos del Test de Fagerstrom salieron puntuaciones de cero.
- Al realizar un análisis estadístico en las cuatro dimensiones del Cuestionario de Salud General GHQ – 28 obtuvimos una media de 1,03 en Síntomas Somáticos, una media de 1,01 en Ansiedad/Insomnio, una media de ,913 en Disfunción Social, una media de ,966 en Depresión Grave y el Global del test tiene una media de 3,92 esto quiere decir que la muestra evaluada presenta niveles altos en todas las subescalas. En el Test de Audit obtuvimos una media de 6,49 y en el Test de Fagerström con una media de ,00 la cual es un valor constante y por lo cual no es posible establecer correlaciones entre las demás variables por lo que, se omite la información proveniente del Fagerström.
- En las comparaciones por Sexo en el Cuestionario de Salud General GHQ 28 obtuvimos que en la dimensión de Síntomas Somáticos que el sexo masculino tiene una media de ,9375 y el sexo femenino tiene una media de 1,132, en la dimensión de Ansiedad/Insomnio el sexo masculino obtuvo una media de ,818 y el sexo femenino obtuvo una media de 1,2286, en la dimensión Disfunción Social, se obtuvo en el sexo masculino una media de ,8813 y en el sexo femenino, se obtuvo una media de ,950 en la dimensión Depresión Grave, se obtuvo en el sexo masculino una media de ,800 y en el sexo femenino una media de 1,157 y global de todas las dimensiones el sexo masculino obtuvo una media de 3,437 y el sexo

femenino obtuvo una media de 4,478. Y en el test de Audit obtuvimos que el sexo masculino tiene una media de 6,493 y el sexo femenino una media de 6,50

- En los resultados del test GHQ 28 podemos observar que en la dimensión de los síntomas somáticos la media (\bar{X}) es de 1,03 con una desviación estándar (s) de 1,53, la dimensión de Ansiedad /Insomnio tiene una media de 1,01 y una desviación de 1,67, en la dimensión de Disfunción Social, se obtuvo una media de ,913 y una desviación estándar de 1,67, y en la dimensión de Depresión Grave, se obtuvo una media de ,966 con una desviación estándar de 1,70 y como puntuación global tenemos una media de 3,92 y una desviación estándar de 5,43. El en AUDIT, se obtuvo una media de 6,49 y una desviación estándar de 4,04
- Al elaborar el informe se ha encontrado que en el test GHQ 28 existen examinados con probables casos de este trastorno pero la media, se encuentra muy por debajo de esta cifra y en el test de AUDIT la media, se encuentra en 6,46 muy por debajo del punto de corte.

RECOMENDACIONES

En función de las conclusiones, se plantea las siguientes recomendaciones, con el objeto de contribuir a futuros estudios:

- La muestra tiene características sociodemográficas similares y eso no permite la variación en los resultados y que se pueda explorar la misma temática en otras poblaciones
- El corte transversal solo permite ver el fenómeno en un periodo de tiempo y que si se extiende la investigación a tiempo, el corte longitudinal, tal vez haya otro comportamiento del fenómeno.
- Los instrumentos utilizados no han sido adaptados a la población ecuatoriana y que podría realizarse esa de adaptación.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de Psiquiatría Americana (2013). *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (5ª ed.)*. Washington DC: Autor. Editorial Medica Panamericana. Recuperado de https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf
- Asociación Española de Pediatría . (2014). *En familia AEP*. Recuperado de En familia AEP: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/alcohol-que-es-cuales-son-sus-efectos>
- Ávila, R. (2008). La observación, una palabra para desbaratar y re-significar. Hacia una epistemología de la observación, *Revista científica Guillermo de Ockham*, 16, 6(1), 15-26. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105312257001.pdf>
- Babor, T, Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). AUDIT. Ginebra: Publications, *European Series*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, Ú., Martínez, C., & Rodríguez, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 162. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2436.pdf>
- Bejarano, J., Fonseca, S., & Ortega, M. A. (2014). Género, consumo de drogas y otros problemas sociales en costa rica. Perspectivas contemporáneas. *Revista Humanitas*, 11 (11), 13-28. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865878>
- Bello, S., Flores, A., Bello, M., & Chamorro, H. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista Chilena de enfermedades respiratorias*, 25(4), Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482009000400003
- Burns, A., Levich, R., Maxwell, J, & Shpiro, K. (2012). Donde no hay doctor para mujeres. USA, *Hesperian Health Guides*, 416-421. Recuperado de http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_wwhnd_2014/es_wwhnd_2014_27.pdf
- Carrazana, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista–existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 1 (1), 2. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>

- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista–existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1 (1), Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001
- Clínica Albatros . (2016). Etapas en el Consumo. *Albatros Clínica*. Recuperado de Albatros Clínica: <https://www.clinicaalbatros.com.mx/single-post/2016/11/24/Etapas-en-el-Consumo-de-Alcohol>
- Concha, S., Torre, M., & Hurtado, A. (2014). Consumo de tabaco y alcohol en 1o y 2o de E.S.O. en una población rural. *Revista Clínica de Medicina en Familia*, 7(3), 169-176. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000300002
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 166. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (1), 88-89. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100010
- Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental; Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental*. Ecuador. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Instituto Andaluz de la Mujer Consejería para la Igualdad. (2006). Alcohol y Tabaco. España: *Instituto Andaluz de la Mujer*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/sites/igualat/images/descargas/Alcohol%20y%20Tabaco.pdf>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89(1), 2887. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005
- Lafuente, C., & Marín, A. (2008). Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: fases, fuentes y selección de técnicas. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 64, 5-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/206/20612981002.pdf>

- Londoño, C., Rodríguez, I., & Gantiva, C. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas: Perspectiva en Psicología*, 7(2), 282. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67922761006.pdf>
- López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9 (8), 69. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
- Lozano, E. (2014). Consumo de tabaco y alcohol en jóvenes estudiantes de ciclo. *Internacional Journal of Develoamental and Educational Psychology*, 1(1), 215-216, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851780023.pdf>
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). *Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica*. *International Journal of Morphology*, 32(2), 635. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042
- Mayo Clinic. (2019). Enfermedad mental. *Mayo Clinic*. Recuperado de Mayo Clinic : <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/diagnosis-treatment/drc-20374974>
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. d., & Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Colombia: *Universidad del Norte*, 23, 83-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia (2018). Efectos en la salud por el consumo de Tabaco *ABECÉ*. Recuperado de *ABECÉ*: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-efectos-salud-tabaco.pdf>
- Monasora, R., Jiménez, M., & Paloma, T. (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Elsevier*, 5(1), 23. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervenciones-psicosociales-alcoholismo-13045023>
- Morales, J., Arandojo, M., Garcia, J., & Ordobaños, L. (2014). Consumo de alcohol y tabaco entre los alumnos de un centro de formación de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. *Sanidad Militar*, 70(4), Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712014000400002
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Moreno, Y., & Garrosa, E. (2006). El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las*

- Organizaciones*, 22(3), 372. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231317121008.pdf>
- Moreta, R., Ilaja, B., Mayorga, M., León, L., & López-Castro, J. (2018). Actitudes y disposición personal ante el consumo y exposición a sustancias en adolescentes del Ecuador. *Heal and Addictions*, 18(2), 218, Recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/Moretaetal.2018ActitudesyDisposicinpersona lanteelconsumo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2014). Sepa cuáles son las características de una persona con buena salud mental. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*, Recuperado de: <https://www.mspbs.gov.py/portal/2858/sepa-cuales-son-las-caracteristicas-de-una-persona-con-buena-salud-mental.html>
- National Institute on Drug Abuse. (2010). Cuales son las consecuencias médicas del uso del tabaco. Recuperado de NIH: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-las-consecuencias-medicas-del-uso-del-tabaco>
- National Institute on Drug Abuse for Tenns. (2019). Mind Matters: La respuesta del cuerpo a la nicotina, *National Institute on Drug Abuse for Tenns*, Recuperado de: <https://teens.drugabuse.gov/teachers/mind-matters-espanol/nicotina>
- NorthShore University HealthSystem. (2019). Evaluación de la Salud mental, *Health Encyclopedia*. Recuperado de: <https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=aa79756&Lang=es-us>
- Nuñez, M., García, C., & Alba, S. (2006). Test de Fagerstrom. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2015-05-20-TEST%20DE%20FAGERSTR%C3%96M.pdf>
- Ñaupas, A., Elías, M., Novoa, E., & Villagómez, A. (2013). Metodología de la investigación. Bogotá: *Ediciones de la U - Transversal*. Recuperado de <http://pacarinadelsur.com/home/senas-y-resenas/1001-metodologia-de-la-investigacion-cuantitativa-cualitativa-y-redaccion-de-tesis>
- Ochoa, E., Madoz, A., & Muelas, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 55(214), 28. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003
- Organización Médica Colegial; Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje del tabaquismo. Madrid: *International Marketing & Communication, S.A. (IM&C)*. Recuperado de <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/gbpc-abordaje-tabaquismo.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. 19. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales. Ginebra: *OMS Datos Publicados en Catálogos de la Biblioteca*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=DF0EB0AE607630DCB9068D8AB692C8C6?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: *Biblioteca Sede OPS*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Ovidio, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Pan American Journal of Public Health*, 39(3), 116. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v39n3/1020-4989-RPSP-39-03-166.pdf
- Pérez, J. (2015). El Positivismo y la Investigación Científica. *Revista Empresarial, ICE FEE, UCSG*, 9(3), 29. Recuperado de [file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-ElPositivismoYLaInvestigacionCientifica-6419741%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-ElPositivismoYLaInvestigacionCientifica-6419741%20(5).pdf)
- Pérula de Torres, L., Fernández-García, J., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E., & Ruiz-Mora, R. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *ELSEVIER*, 9(39), 69. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13082001>
- Ramalho, R. (2009). Psiquiatría y Salud Mental. Paraguay: *Universidad Nacional de Asunción*, 42 (1), 55-56. Recuperado de <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/228/159>
- Ramírez, A. (2010). Identificación precoz de bebedores de riesgo en empleados públicos de la provincia de Cádiz. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 219(56), 132-136. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n219/original3.pdf>

- Ramírez, D., Marínez, K., & Asúnsolo del Barco, Á. (2011). Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000300002
- Ramírez, R., Arbesú, J., Arrieta, E., López, S., & Casquero, R. (2016). Promoción de la salud: promoción de la salud mental, *Elsevier*, 42(2), 73. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-promocion-salud-promocion-salud-mental-S1138359316000137>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *UNIFE*, 11. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Riofrío, R., & Castanheira, L. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18(2), 600, Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a16v18nspe.pdf>
- Roa-Cubaque, M., Parada-Sierra, Z., Albarracín-Guevara, Y., Alba-Castro, E., Aunta-Piracon, M., & Ortiz-León, M. (2016). Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND). *Revista de Investigación En Salud. Universidad De Boyacá*, 2(3), 172, Recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/185-Texto%20del%20art%C3%ADculo-527-2-10-20170517.pdf>
- Rodriguez, K. (10 de Diciembre de 2015). Causas comunes de los trastornos mentales Psyciencia, *Psyciencia*, Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/algunas-causas-comunes-de-los-trastornos-mentales/>
- Sant Pere Claver Institut Docent-Recerca. (2017). Diagnostico en Salud Mental: un aproximación diagnóstica. Barcelona: *Aporia*. Recuperado de <http://aporia.cat/wp-content/uploads/2016/03/DEF-DIC-Diagnostico-salud-mental.pdf>
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (2013). Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Sepeap*. Recuperado de Sepeap: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-04/consumo-de-tabaco-alcohol-y-drogas-en-la-adolescencia/>
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para fermería. parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 2, Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300022&script=sci_abstract&tlng=es
- Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2016). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista Facultad de*

Medicina de Chile, 65(2), 330. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-329.pdf>

- Vallejo, M., Riverab, J., Esteve-Vivesc, J., & Rodríguez-Muñoz, M. d. (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25(2), 106. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000200003
- Vargas, B., & Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-6. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58243960002.pdf>
- Vázquez, O., García, A., Gómez, Á., Cabrera, P., Suchil, L., Rivera, L., & Aguilar, J. L. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg –GHQ-28– en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 39(1), 74. Recuperado de [file:///C:/Users/USER/Downloads/55812-Texto%20del%20art%C3%ADculo-109835-4-10-20170530%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/55812-Texto%20del%20art%C3%ADculo-109835-4-10-20170530%20(2).pdf)
- Veiga, S., Martín, S., & Corral, F. (2004). Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. *Elsevier*, 6(2), 92-97. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-abordaje-del-tabaquismo-intervencion-minima-13059447>

ANEXOS

**ANEXO A: Hoja de presentación del proyecto de investigación
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

1. Información General

Edad: _____ **Sexo:** Masculino () Femenino ()
Ciudad Domicilio actual: _____
Ubicación de Domicilio: Sector Urbano () Sector Rural ()
Identificación étnica: Mestizo () Indígena () Afro () Blanco/a ()
Estado Civil: Soltero/a () Casado/a () Unión libre () Separado/a ()
 Divorciado/a () Viudo/a ()
Cargas Familiares: Si () No () ¿Cuáles?: Hijos/as () Esposo/a () Familiares cercanos: ()
Religión que profesa: Católica () Cristiana () Evangélica () Testigo de Jehová ()
 Otra identificación religiosa () ¿Cuál? _____
Con quien vive actualmente: Ambos padres () Solo Madre () Solo Padre ()
 Otros () ¿Cuál? _____
¿Está recibiendo actualmente Tratamiento Médico?
 Si ¿Por qué? _____ No _____
¿Está recibiendo actualmente Tratamiento Psicológico?
 Si ¿Por qué? _____ No _____

ESCOLARIDAD

Curso en el que se encuentra: _____
Rendimiento académico: Sobresaliente () Muy Buena () Buena () Regular ()
 Deficiente ()
Repite curso actualmente: Si () No ()
Anteriormente ha repetido curso: Si () No ()
Se ha cambiado de colegio o Institución: Si () ¿Por qué? _____ No ()

ECONOMIA Y TRABAJO

Situación socio-económica familiar: Mala () Regular () Buena () Muy Buena ()
¿La situación económica actual le permite continuar con sus estudios?
 Si _____ No _____ ¿Por qué? _____
Situación académica y laboral del estudiante:
 Estudio y no trabajo: _____
 Estudio y trabajo: _____ ¿Cuántos días por semana? _____
 ¿Cuántas horas trabaja por días? _____

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO B: Carta de Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / a:

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2019. Ésta investigación lleva por título: “Salud Mental y su relación con el consumo de Alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados del cantón Cevallos”

El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre la salud mental y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados del cantón Cevallos. Es decir se desea evaluar el estado de salud mental y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados de este cantón.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que llenar una encuesta, en la que se harán diversas preguntas referidas a salud mental, consumo de alcohol y tabaco. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será Anónima. Es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, firmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación

Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

Johanna Bermeo Escobar

Investigador Responsable

Firma investigado/a

C.C. _____

ANEXO C: Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28

Instrucciones: Marque la respuesta que más se acerque a su realidad. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mejor que lo habitual <input type="radio"/> Igual que lo habitual <input type="radio"/> Peor que lo habitual <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual 	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual 	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual 	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
<p>A4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual 	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual 	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual 	<p>B6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual 	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, en absoluto <input type="radio"/> No más que lo habitual <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual

C	D
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Más activo que lo habitual ○ Igual que lo habitual ○ Bastante menos que lo habitual ○ Mucho menos que lo habitual 	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No, en absoluto ○ No más que lo habitual ○ Bastante más que lo habitual ○ Mucho más que lo habitual
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Menos tiempo que lo habitual ○ Igual que lo habitual ○ Más tiempo que lo habitual ○ Mucho más tiempo que lo habitual 	<p>D2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No, en absoluto ○ No más que lo habitual ○ Bastante más que lo habitual ○ Mucho más que lo habitual
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mejor que lo habitual ○ Igual que lo habitual ○ Peor que lo habitual ○ Mucho peor que lo habitual 	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No, en absoluto ○ No más que lo habitual ○ Bastante más que lo habitual ○ Mucho más que lo habitual
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Más satisfecho que lo habitual ○ Igual que lo habitual ○ Menos satisfecho que lo habitual ○ Mucho menos satisfecho que lo habitual 	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No, en absoluto ○ No más que lo habitual ○ Bastante más que lo habitual ○ Mucho más que lo habitual
<p>C5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Más útil de lo habitual ○ Igual de útil que lo habitual ○ Menos útil de lo habitual ○ Mucho menos útil de lo habitual 	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No, en absoluto ○ No más que lo habitual ○ Bastante más que lo habitual ○ Mucho más que lo habitual
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Más que lo habitual ○ Igual que lo habitual ○ Menos que lo habitual ○ Mucho menos que lo habitual 	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No, en absoluto ○ No más que lo habitual ○ Bastante más que lo habitual ○ Mucho más que lo habitual
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Más que lo habitual ○ Igual que lo habitual ○ Menos que lo habitual ○ Mucho menos que lo habitual 	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Claramente, no ○ Me parece que no ○ Se me ha cruzado por la mente ○ Claramente, lo he pensado

ANEXO D: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol, lea cuidadosamente cada una de ellas y subraye la respuesta que más se acerque a su realidad.

<p>1. ¿Con que frecuencia consume bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) De 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con que frecuencia consume bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas toma en un día típico de los que bebe?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o mas (5) Nunca</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebe?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario (5) Nunca he bebido</p>	<p>8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que ya había empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de su consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. Durante este último año ¿Qué tan frecuentemente dejo de hacer algo que debería de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha preocupado por la forma en la que bebe o le han sugerido que le baje a su forma de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>

ANEXO E: Dependencia de la Nicotina - Test de Fagerström

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de cigarrillo, lea cuidadosamente cada una de ellas y subraye la respuesta que más se acerque a su realidad.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	31-61 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Si	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	En el primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	0
	11 – 20	1
	21 – 30	2
	31 o mas	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0

ANEXO F: Autorización de la Unidad Educativa Pedro Fermín Cevallos

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Sede Ambato
Escuela de Psicología



Ambato, 05 de septiembre de 2019
ES-702-2019

Ingeniero
Edwin Núñez Luzuriaga
DIRECTOR
UNIDAD EDUCATIVA "PEDRO FERMÍN CEVALLOS"
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo. En calidad de Directora de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato; y en virtud de la colaboración interinstitucional existente, me permito solicitar comedidamente, se le otorgue la apertura necesaria para que la señorita Johanna Lissette Bermeo Escobar, estudiante de la carrera de Psicología Clínica, pueda realizar encuestas a los estudiantes de la institución que tan acertadamente usted dirige, para el desarrollo de su Trabajo de Titulación, con el tema: "SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CEVALLOS".

Segura de contar con su colaboración, me es grato suscribir.

Atentamente,

Psc. María Isabel Ramos Noboa
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA



Copia: Archivo

Autorizado
Edwin Núñez
05-09-2019

Av. Manuelita Sáenz, Sector El Tropezón
Apartado postal EC180207
Telf.: (+593) 03 2586016 ext. 125
Ambato - Ecuador. www.pucesa.edu.ec

70
ANIVERSARIO
PUCE