



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**RESILIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS
DROGAS EN ESTUDIANTES DE BIOANÁLISIS DE LA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA**

Autora:

Yarima Angélica Velásquez

Madrid, Julio 2012

 **PDF Complete**
*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**RESILIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS
DROGAS EN ESTUDIANTES DE BIOANÁLISIS DE LA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA**

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado de Doctor en Patología Existencial e Intervención en Crisis)

Autora: Yarima Angélica Velásquez

Director: Dr. Jesús Poveda de Agustín

Tutor: Dr. Rubén Castellano

Madrid, Julio 2012

 **PDF Complete**
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.
[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JESÚS POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de
Psiquiatría de La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de
Madrid.

CERTIFICO

Que **Doña Yarima Angélica Velásquez**, ha realizado bajo mi dirección,
el trabajo: **Í RESILIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
OTRAS DROGAS EN ESTUDIANTES DE BIOANÁLISIS DE LA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA**. Dicho trabajo reúne a
mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Julio de 2012



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DEDICATORIA

A mi pequeño y gran tesoro Gustavo Ángel,
el amor infinito que me impulsa a seguir adelante,
mi mejor obra de vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, mi refugio espiritual.

A la Universidad de Los Andes, por brindarme esta valiosa oportunidad.

A la Universidad Autónoma de Madrid, por hacer posible que me forme en ella, y a sus profesores por su gran disposición para la enseñanza.

A mi Director de tesis, Dr. Jesús Poveda de Agustín por su apoyo y disposición constante.

Al Dr. José María Poveda de Agustín, por darme herramientas claves para la vida.

Al Dr. Rubén Castellano, por su asesoría y estímulo para la culminación de esta tesis.

A la Dra Ingrid Tortolero, por sus diligencias para hacer de este sueño una realidad.

A los estudiantes de la Escuela de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, por su enorme paciencia, colaboración y disposición para ser los actores principales de esta investigación.

A todos mis seres queridos, a mi esposo Gustavo por su apoyo para cumplir con esta meta. A mis hermanos, que con su incentivo permitieron que realizara con gran ilusión esta tesis, han sido para mí una gran referencia de personas resilientes y quienes inconscientemente me enseñaron el camino de la resiliencia.

A las personas que de una manera u otra contribuyeron a la consecución de este triunfo. Muy especialmente a César por su inmensa solidaridad y afecto.

A todos, mil gracias.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

*El árbol que nunca tuvo que luchar
por el sol, el cielo, el aire y la luz,
que siempre estuvo expuesto a la lluvia
y que siempre tuvo todo con facilidad,
nunca llegará a ser rey del bosque
y vive y muere escuálido.*

La buena madera no crece fácilmente:

Mientras más fuerte sea el viento, más fuerte es el árbol+

Douglas Malloch

RESUMEN

La resiliencia o capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir estrés intenso o experiencias traumáticas, está relacionada con conductas problema, como el consumo de drogas. Con el objetivo de determinar la asociación entre resiliencia y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, se realizó una investigación de campo, descriptiva, transversal. La población estudiada estuvo conformada por 320 estudiantes, seleccionados de manera aleatoria, y distribuidos, 138 en el período inicial, 83 en el período medio y 99 al final de la carrera. Se aplicó la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson y una encuesta para estudiantes sobre alcohol, tabaco y otras drogas, validado para Venezuela y en concordancia con criterios diagnósticos de reconocida aceptación. El análisis estadístico fue realizado por SPSS 15. Los Resultados obtenidos muestran que, los estudiantes engloban la resiliencia en cuatro subescalas, Competencia personal, tenacidad y control, Aceptación positiva al cambio, Optimismo y Confianza en sí mismo. No se observaron diferencias significativas en la escala total de resiliencia y en las subescalas en los distintos períodos de la carrera, sin embargo, los estudiantes presentaron niveles altos de resiliencia. Hubo diferencias en las subescalas, Confianza en sí mismo, Aceptación positiva al cambio y Optimismo a favor de los hombres, igualmente, en el período inicial de la carrera presentaron mayores valores que las mujeres en las cuatro subescalas y mayor Aceptación positiva al cambio al final de la carrera. Se observaron diferencias significativas entre los estudiantes con relación a dependencia de alcohol y tabaco, la Competencia personal, tenacidad y control presentó menor valor en los estudiantes dependientes de esas drogas. Se evidencia una consistente relación entre tener una mayor resiliencia y consumir menos drogas. Los resultados de esta investigación muestran la utilidad del constructo resiliencia para explicar la presencia de patología de consumo de drogas en los estudiantes, y su potencialidad para ser utilizado en programas preventivos, para la construcción de instituciones saludables.

Palabras claves: Resiliencia, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

The resilience or ability to recover and maintain adaptive behavior after suffering severe stress or a traumatic experience is related to problem behaviors such as drug use. In order to determine the association between resilience and alcohol, snuff and other drug use among students of Bioanalysis at the University of Los Andes, Venezuela, we conducted a field investigation, descriptive, transversal. The study population consisted of 320 students, randomly selected and distributed, 138 in the initial period, 83 in the middle period and 99 at the end of the race. Scale was applied Connor Davidson Resilience and a student survey on alcohol, snuff and other drugs, Venezuela and validated in accordance with recognized diagnostic criteria for acceptance. Statistical analysis was performed by SPSS 15. The results obtained show that resilience encompasses students in four factors, personal competence, toughness and control, positive acceptance of change, optimism and confidence in itself. There were no significant differences in the total scale and subscales resilience at different periods of the race, however, students had high levels of resilience. There were differences in the subscales, Confidence, positive acceptance of change and optimism in favor of men, also in the initial period of the race had higher values than women in the four subscales and more positive acceptance of change at the end of the race. Significant differences were observed among students with regard to dependence on alcohol and snuff, the personal competence, toughness and control had a lower value dependent students of such drugs. It shows a consistent relationship between having greater resiliency and use less drugs. The results of this study show the usefulness of the resilience construct to explain the presence of pathology of drug use in students, and their potential for use in prevention programs, to build healthy institutions.

Keywords: Resilience, abuse and dependence on alcohol, snuff and other drugs, college students.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<u>DEDICATORIA</u> õ	iv
<u>AGRADECIMIENTOS</u> õ õ õ .õ õ	v
<u>RESUMEN</u> õ	vii
<u>ABSTRACT</u> õ ..	viii
<u>ÍNDICE GENERAL</u> õ ..	ix
<u>ÍNDICE DE CUADROS</u> õ ..	xi
<u>ÍNDICE DE GRÁFICOS</u> õ ..	xiii
<u>ÍNDICE DE FIGURAS</u> õ ..	xiv
<u>ESTRUCTURA DE LA TESIS</u> õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	xv
<u>CAPÍTULO I</u> õ ..	17
I.1 Introducciónõ .õ ..	17
I.2 Justificaciónõ ..	27
I.3 Antecedentesõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	28
I.4 Bases legalesõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	35
I.4.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuelaõ õ ..	35
I.4.2 Ley Orgánica de Drogasõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	37
I.4.3 Resolución de Ambientes Libres de Humo de Tabaco.õ õ õ	38
<u>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</u> õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	41
II.1 Drogas. Conceptos fundamentalesõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	41
II.1.1 Dependencia de sustanciasõ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	42
II.1.2 Tipos de dependencia a sustanciasõ õ õ õ õ õ ..	44
II.1.3 Abuso de sustanciasõ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	46
II.1.4 Uso de sustanciasõ õ õ õ õ õ õ õ õ ..	47
II.1.5 Mecanismos de acción general de las drogas de abusoõ õ õ .	48
II.1.6 Clasificación de las drogasõ õ õ õ õ õ õ õ ..	48

II.2 Resiliencia, factores de riesgo y factores protectores frente al consumo de drogas	49
II.3 Educación resiliente para la prevención del consumo de drogas	57
II.3.1 Familia y resiliencia	57
II.3.2 Instituciones educativas y resiliencia	63
II.3.2.1 Instituciones educativas resilientes, emocionalmente positivas y con sentido de la vida.	71
<u>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</u>	80
III.1 Objetivos de la investigación	80
III.1.1 Objetivo general	80
III.1.2 Objetivos específicos	80
III.2 Metodología	81
III.2.1 Tipo de investigación	81
III.2.2 Población estudiada	81
III.2.3 Procedimiento de recolección de datos	81
III.2.4 Variables de estudio	82
III.2.5 Análisis estadístico	83
III.2.6 Instrumentos.	83
<u>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS</u>	85
<u>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</u>	104
<u>CONCLUSIONES</u>	111
<u>RECOMENDACIONES</u>	114
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	117
<u>ANEXOS</u>	128

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 1 Factores de riesgo, factores de protección y dominios donde se pueden realizar intervenciones	53
Cuadro N° 2 Virtudes y fortalezas	74
Cuadro N° 3 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis, según período cursado de la carrera	85
Cuadro N° 4 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por género, según grupo de edad	86
Cuadro N° 5 Distribución de los estudiantes de de Bioanálisis, según estado civil	86
Cuadro N° 6 Fiabilidad de las escalas en el cuestionario de resiliencia de Connor - Davidson	88
Cuadro N° 7 Análisis factorial exploratorio de resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis	89
Cuadro N° 8 Fiabilidad de las sub-escalas en el cuestionario de resiliencia de Connor . Davidson	90
Cuadro N° 9 Correlación entre los factores y la escala de resiliencia	91
Cuadro N° 10 Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por período cursado de la carrera, según escala y sub-escalas	92
Cuadro N° 11 Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por género, según escala y sub-escalas	93
Cuadro N° 12 Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por género, según escala y sub-escalas (muestras iguales)	94
Cuadro N° 13 Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por género, según período cursado de la carrera, escala y sub-escalas	95
Cuadro N° 14 Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por grupo de edad, según período cursado de la carrera, escala y sub-escalas	97
Cuadro N° 15 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis, por abuso en el consumo de drogas, según período cursado de la carrera	101



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Cuadro N° 16 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis, por dependencia de drogas, según período cursado de la carrera	101
Cuadro N° 17 Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por dependencia de tabaco, según escala y sub-escalas	102
Cuadro N° 18 Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por dependencia de alcohol, según escala y sub-escalas.	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por procedenciaño ñ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ 87	87
Gráfico N° 2 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por dependencia de tabacoño ñ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 98	98
Gráfico N° 3 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por abuso o dependencia de alcoholõ ñ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 99	99
Gráfico N° 4 Distribución de los estudiantes de Bioanálisis con dependencia de otras drogasõ ñ õ õ õ õ õ ...õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ . 100	100



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura N° 1 Modelo de la resiliencia ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ..	54
Figura N° 2 Pilares de la resiliencia. ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò	65
Figura N° 3 Rueda de la Resiliencia ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò .	68

ESTRUCTURA DE LA TESIS

El presente trabajo se estructura para su comprensión en cinco Capítulos los cuales se describen a continuación:

Capítulo I: en el mismo se inicia con la Introducción donde se hace un bosquejo sobre la resiliencia y la problemática del consumo de drogas, además, se presentan antecedentes importantes relacionados con los temas en estudio. La justificación de la investigación, y por último las bases legales que le dan sustento a la investigación: la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley Orgánica de Drogas y la Resolución de Ambientes Libres de Humo de Tabaco.

Capítulo II: en este se profundiza en el tema de drogas y conceptos fundamentales; la dependencia a sustancias, características, tipos de dependencia a sustancias, descripción y características del abuso y uso de sustancias, así como también los mecanismos de acción de las drogas de abuso y la clasificación de las drogas según los efectos que producen sobre el sistema nervioso central (SNC) y según el tipo de droga. Por otra parte, se hace un enfoque de resiliencia y los principales factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas. La educación resiliente para la prevención del consumo de drogas, donde se enfatiza en la familia y las instituciones educativas y finalmente las instituciones educativas resilientes, emocionalmente positivas y con sentido de la vida.

Capítulo III: está constituido por el Marco metodológico, se plantea el objetivo general y los objetivos específicos; además de describe el tipo de investigación, la población y las variables en estudio, el procedimiento para la recolección de datos, el análisis estadístico realizado y por último se detalla sobre los instrumentos utilizados para la recolección de datos.



Capítulo IV: en este se analizan los resultados obtenidos, se hace la caracterización de la muestra de acuerdo a algunas variables socio demográficas como: edad, sexo, estado civil y procedencia. Se presenta el análisis factorial de la Escala de resiliencia de Connor y Davidson para los estudiantes de Bioanálisis, la comparación de la resiliencia de los estudiantes por período cursado de la carrera, por sexo, por grupo de edad, escala y sub escalas. La distribución de los estudiantes de Bioanálisis por abuso y por dependencia en el consumo de drogas, según el período cursado de la carrera y la comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por dependencia de tabaco y alcohol, según escala y sub escalas.

Capítulo V: Se realiza la discusión de los resultados obtenidos, se comparan los datos y resultados con otros estudios revisados en la literatura.

Finalmente, se delimitan las conclusiones y recomendaciones, a partir de los resultados generados en esta investigación.

CAPÍTULO I

I.1 Introducción:

Todos en algún momento de nuestras vidas hemos estado en situaciones que nos han expuesto a riesgos, incluso hasta de perder la vida; en circunstancias en las cuales parecía no haber salida; y a pesar de ello, aquí estamos, viviendo en gran medida fortalecidos por esos eventos que en el momento en que los estábamos experimentando, se percibían como irreversibles, imposibles de superar, o simplemente inaguantables.

Esa condición que tienen los seres humanos de trascender las adversidades, de experimentar el desarrollo de terribles situaciones y salir fortalecidos manteniendo la entereza de mente y espíritu, es a la que han denominado muchos autores como *Resiliencia* (Sambrano, 2010).

El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, saltar, rebotar (Becoña, 2006; Kotliarenco et al, 1997). Según Kotliarenco, et al 1997, se trata de un concepto originalmente utilizado en la física y en la ingeniería que se refiere a la capacidad de un material para recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora, que luego fue adaptado a las ciencias sociales, particularmente a las ciencias de la conducta, para referirse a aquellas personas que logran enfrentar exitosamente el estrés y las condiciones de vida adversas (Córdova, et al 2005; Becoña, 2002).

Es así como este concepto viene siendo utilizado en la psicología, la pedagogía, la sociología, la medicina social y la intervención social con un significado muy cercano al etimológico: ser resiliente significa ser rebotado,

reanimarse, avanzar hacia adelante después de haber padecido una situación traumática (Vargas y Villavicencio, 2011).

Aunque para los científicos es un tema de las últimas décadas, la resiliencia es una cualidad universal que ha existido desde siempre. Los historiadores la han reflejado al describir las maneras en que las personas y los pueblos afrontan las adversidades y progresan culturalmente (Uriarte, 2005). La literatura y la historia están llenas de personajes que han vivido en desgracia y han sido capaces de sobreponerse; existen ejemplos de procesos resilientes experimentados por personajes reales conocidos, tales son los casos de: Viktor Frankl, padre de la psicología humanista; Boris Cyrulnik uno de los padres de la resiliencia; Tim Guénard, autor del libro *Más fuerte que el odio*; Lance Armstrong, ganador siete veces consecutivas del Tour de Francia, de 1999 a 2005; personajes de cuentos tradicionales como *El Patito Feo*, *La Cenicienta*, *Bulgarcito*; personajes cercanos, tal vez algún familiar o nosotros mismos (Forés y Grané, 2008).

Aunque ha sido en los últimos años cuando ha cobrado gran relevancia, el interés por la resiliencia en el campo psicológico es antiguo (Becoña, 2006).

De hecho, existen investigaciones que revelan que la primera reseña realizada sobre el concepto de Resiliencia, fue un artículo publicado en el mes de noviembre del año 1942, en *The American Journal Of Psychiatric*. N° 99, en el cual Mildred C. Scoville, relata la *resistencia*, que los niños de la guerra presentaban ante situaciones peligrosas para sus vidas. A pesar de utilizar el término *resistencia*, el mismo reflejaba claramente, los hechos traumáticos, los factores de riesgo, los elementos de protección y las evoluciones posteriores de los niños que en Gran Bretaña, debían afrontar los efectos de la segunda guerra mundial, a través de la mirada de los Trabajadores Psiquiátricos Sociales asignados (Del Rio, 2009; Uriarte, 2005).

Si bien las fuentes pueden variar, existe cierto consenso y la mayoría de los artículos señalan, que no fue sino hasta los años sesenta cuando fue retomado este concepto. Reconociéndose los trabajos de algunos autores que marcaron la historia de lo que hoy conocemos como resiliencia, los cuales se describen a continuación:

- El estudio longitudinal de epidemiología social, que dio origen a este nuevo concepto se inicia en los años sesenta, y por más de treinta años, por Emmy Werner, psicóloga estadounidense, y Ruth Smith, psicóloga americana, (Werner, 1989; Werner y Smith 1992) quienes realizan el seguimiento del desarrollo de hijos de nativos de la isla de Kauai (Hawai), los cuales vivían en extrema pobreza y situaciones o experiencias muy adversas. Un tercio de ellos, tenía de adultos un comportamiento normal y competente. Habían desarrollado un sentido de coherencia, la convicción de que los obstáculos pueden ser superados y expectativas de control personal, de construir una vida mejor a través de sus esfuerzos y relaciones (Fernández, 2010; Fiorentino, 2008; Uriarte, 2005).

Se observó además en este estudio, que los individuos habían tenido familias con funcionamiento adecuado, fuentes de apoyo externo y un temperamento de resistencia, caracterizado por la inteligencia y una personalidad placentera. A pesar de que pasar por esta situación lleva a que sean niños de alto riesgo, y una parte significativa de ellos van a tener problemas, un porcentaje nada despreciable no va a desarrollar problemas, o si los desarrollan, no les van a afectar a todas las esferas de la vida (Becoña, 2006).

- En los años setenta, el médico Norman Garmezy, de la Universidad de Minnesota, investiga los motivos por los cuales hijos de padres esquizofrénicos, no sufrían enfermedades psicológicas, pese a crecer

en hogares con muchos problemas. Sus investigaciones lo llevaron a escribir: *cuando estudiemos las fuerzas que permiten a las personas sobrevivir y adaptarse, los beneficios para nuestra sociedad sin duda serán mayores que todo el esfuerzo por construir modelos de prevención primaria, cuya meta es limitar la incidencia de la vulnerabilidad*+(Del Rio, 2009).

- En los años ochenta un Psiquiatra inglés, Michael Rutter, junto a un equipo resaltan la importancia de la combinación de factores (características del individuo y condiciones de su ambiente) que permiten a los seres humanos afrontar y superar los problemas y las adversidades. Sus resultados llevaron a este psiquiatra a asegurar que ante una adversidad, podían identificarse tres grupos de comportamiento y de resultado:
 - 1) Las personas que frente a la adversidad no pueden salir adelante mostrando índices de *escasa salud mental*.
 - 2) Las personas que reaccionan frente a la adversidad pero no les perjudica de forma especial, pudiendo continuar sus vidas sin mayores novedades.
 - 3) Las personas que si bien son vulnerables frente a lo adverso, logran resistir y utilizan sus experiencias como base para construir nuevas estrategias personales que les ayuda para cumplir los objetivos.

En éstos estudios se demostró que ante las adversidades, siendo variadas como los grupos estudiados, las respuestas del ser humano podían ser distintas y que no solo no había un *determinismo* para esa persona que indefectiblemente significara un seguro daño psicológico, sino que muy por el

contrario, las personas podían resistir al hecho traumático y más aún, podían salir fortalecidas de ese trauma (Del Rio, 2009).

En el concepto de resiliencia, se puede enfatizar sobre diversos aspectos que se ven reflejados en la definición formulada por diferentes autores:

Edith Grotberg, una de las más importantes especialistas en el tema, afirmó que la resiliencia es parte de la salud mental y de la calidad de vida; y la define como la capacidad del ser humano para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido y transformado por experiencias de adversidad (Castro et al 2009; Grotberg, 2003).

Para Boris Cyrulnik, la resiliencia es la capacidad del ser humano para reponerse de un trauma y, sin quedar marcado de por vida, ser feliz (Del Rio, 2009).

Por su parte, Aldo Melillo (2005) define la resiliencia como la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación.

Michael Rutter (1991), sostiene que la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social o cultural. Por lo cual, la resiliencia no puede ser pensada como algo innato o adquirido en el desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Del Rio, 2010; Sambrano, 2010; Fiorentino, 2008).

Para Vanistendael (1995), la resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, por otra parte, la capacidad de forjar un

comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Cortés, 2010; Sambrano, 2010; Fiorentino, 2008)

Garnezy (1991), define la resiliencia como la capacidad para recuperarse y para mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante (Becoña et al, 2006).

Por su parte, Wolin y Wolin (1993) utiliza la teoría del Mandala de la resiliencia para denominar el conjunto de características o cualidades protectoras que todos los sobrevivientes exitosos tienen para afrontar la adversidad (Peralta et al, 2006).

Y, para Luthar et al, 2000, la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa (Del Rio, 2010; Becoña, 2006).

Aplicado al campo del abuso de drogas, se entiende que el concepto de resiliencia puede definirse por capacidades de los niños, como son: 1) la capacidad de recuperarse de eventos de vida traumáticos, el divorcio de sus padres, la muerte de un padre, abuso sexual, estar sin hogar o evento catastrófico y otro tipo de adversidades para llegar a un eventual restablecimiento o mejora del funcionamiento competente; 2) la habilidad para resistir el estrés crónico, como la pobreza crónica, padres alcohólicos, enfermedad crónica, o violencia doméstica o en el barrio donde vive y para sostener un funcionamiento competente a pesar de las continuas condiciones de vida adversas (Becoña, 2008). Por su parte, Becoña (2002), afirma que en el campo de las adicciones, la utilización del concepto de resiliencia ha surgido a partir de las observaciones de personas dedicadas a la aplicación de intervenciones preventivas con familias y comunidades, así como de distintos investigaciones empíricas, estudios etiológicos sobre el estrés y el

afrontamiento con privación severa, como es el caso de los supervivientes de guerras y catástrofes.

Es importante considerar, que la resiliencia debe entenderse en principio como un estado dinámico más que una cualidad permanente, cuya expresión o manifestación se halla en función de los recursos sociales y factores de riesgos presentes en el medio ambiente. En este sentido, puede sostenerse que un individuo se muestra realmente resiliente sólo ante situaciones adversas o de riesgo, mientras no esté expuesto a las mismas, no puede afirmarse que realmente lo es (Rodríguez et al, 2010).

De igual manera, Fernández (2010), considera que la resiliencia no es absoluta, total, ni se adquiere de una vez y para siempre, debido a que ésta es una capacidad que resulta de un proceso evolutivo que varía de acuerdo a las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida, pudiendo expresarse de distintas maneras en diferentes culturas.

A su vez, para Saavedra y Villalta (2008), la resiliencia es un rasgo personal cultivado a lo largo de la historia del individuo, del mismo modo, para Pérez (2007) ; Acevedo y Mondragón (2005), la resiliencia es un atributo que se desarrolla en el tiempo que puede ser promovido y aprendido por todos. Se edifica desde las fortalezas del ser humano, desarrollando las potencialidades de cada individuo, identificando y desplegando las competencias y recursos con los que cuentan los mismos (Fiorentino, 2008).

Debe señalarse, que a partir del reconocimiento de la existencia de factores que han permitido a ciertos individuos o sistemas sociales afrontar con éxito situaciones adversas o de riesgo, el estudio de la resiliencia ha generado un creciente interés en el campo de la prevención de adicciones, como medio útil para desarrollar estrategias de fortalecimiento en grupos de alto riesgo.

Dicho interés se ha centrado, particularmente, en ambientes que representan riesgo para la aparición de conductas problemáticas, como delincuencia, suicidio, embarazo temprano y consumo de drogas, principalmente en jóvenes y adolescentes, pudiendo confirmarse que, a pesar de estar sometidos a condiciones de riesgo extremas, algunos han podido tener un desarrollo sano, ajenas a conductas autodestructivas o delictivas (Rodríguez et al, 2010).

La necesidad de los adolescentes por experimentar y conocer nuevas sensaciones, como el consumo de alcohol y otras drogas, la presión de sus grupos de pares, un ambiente familiar inestable con normas y reglas poco claras, facilitador del consumo, la ausencia de vínculos significativos, entre otros, son algunos riesgos que enfrentan actualmente muchos adolescentes (Rodríguez et al, 2010).

Los jóvenes y adolescentes ante tales situaciones deben construir su propia resiliencia, potenciar las posibilidades y recursos existentes para encaminar alternativas de resolución de problemas y lograr desarrollar factores resilientes para superar las situaciones adversas en su devenir cotidiano (González et al, 2008).

Existe una serie de factores que protegen o fortalecen al individuo aun en condiciones de riesgo, entre esos factores que en conjunto constituyen lo que se conoce como resiliencia, los especialistas en el tema han identificado algunas características individuales, como son: autoestima, competencia en las áreas social, escolar y cognitiva; manejo y expresión de afectos, tolerancia a la frustración y autocontrol, mejores estilos de afrontamiento, empatía, disponibilidad de estrategias para enfrentar el estrés, sentido del humor, así como capacidad para fijarse metas y trazar un proyecto de vida (Rodríguez et al, 2010; Fiorentino, 2008).

El consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en los jóvenes presenta un preocupante incremento en el siglo XXI. No existe una nación que no se vea afectada de alguna manera por el abuso y la adicción de sustancias. El ritmo de la vida acelerado, la tecnología y el avance de la ciencia, afecta la salud mental de la población, cuya víctima más vulnerable es el joven quien acepta la droga como un mecanismo de escape, o el disfrute de nuevas emociones, sabiendo que en ambos casos se expone al riesgo de caer en adicción, lo que dificultará su capacidad para estudiar, trabajar, relacionarse en su entorno familiar y social, pues sus actos estarán dirigidos a obtener y consumir droga (García, 2009; Valverde et al, 2009)

El problema del consumo de drogas se presenta en Venezuela tanto a nivel nacional como en el ámbito universitario; siendo la ubicación geográfica del país un factor que facilita el consumo de drogas, debido a que se ha constituido en un puente para el tráfico de estupefacientes y el aumento de los delitos relacionados con el consumo de drogas (Navarro et al, 2009)

El creciente problema de consumo de drogas en nuestro país, obliga a las instituciones encargadas de atender este fenómeno a buscar estrategias de intervención más novedosas tanto en el área preventiva como de tratamiento, complejizándose la situación cuando son sólo 26 organizaciones en Venezuela las que están registradas con el código de la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) y conociéndose según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en Venezuela, el aumento de adictos a los narcóticos ilícitos en los últimos 10 años se incrementó en un 30%, y paulatinamente, ha ido disminuyendo la edad de inicio de los consumidores de sustancias estupefacientes, presentándose hoy en día en niños de 9 años (Diario La Verdad, 2011).

En nuestro país, el problema del abuso de drogas tales como: el alcohol, el tabaco y otras sustancias que producen dependencia, se ha

extendido en una magnitud sorprendente, encontrando desprevenidos a los gobiernos e instituciones encargadas de manejar este fenómeno, superando así su capacidad para responder con medidas eficaces (González, 2005).

De acuerdo con el Estudio Nacional de Drogas en Población General (ENADPOG) 2011 presentado por la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), basado en la aplicación de 53.000 encuestas, lo que representa el 0,29% de la población ubicada en el rango de edades entre 12 y 65 años a nivel nacional, los valores alcanzados por la estructura de prevalencias de ingesta alcohólica describen una dinámica general que la ubica como la principal droga lícita de consumo en el país, con una prevalencia de vida que involucra al 68% de la población; a su vez la *Cannabis sativa* (Marihuana) es reportada como la droga ilícita más consumida en Venezuela, estimándose que 229.336 personas con edades entre 12 y 65 años, (1,08% de la población) mantienen patrones de consumo de Marihuana y que de esa población de personas consumidoras 136.45 (0,61%), se encuentran en situación de dependencia a la droga. Para el caso de la cocaína, unas 72.131 personas mantienen un patrón recurrente de consumo (0,34%) y una población consumidora de 51.506 personas que son dependientes de esa droga (0,23%) (ONA, 2011).

En el ámbito del consumo de drogas existen estudios empíricos extranjeros y nacionales que han permitido identificar los factores de riesgo y protección más importantes asociados con esta conducta (López y Rodríguez, 2010; Navarro et al, 2009; Hawkins et al, 1992) sin embargo, en Venezuela, si bien existen algunos trabajos científicos sobre factores de riesgo en jóvenes, se desconocen investigaciones que identifiquen las características individuales resilientes que permiten a los estudiantes tener un resultado resiliente en términos de mantenerse libres de adicciones, aun encontrándose en un ambiente de alto riesgo, como es el universitario.

I.2 Justificación:

En el ámbito educativo, la resiliencia juega un papel fundamental, pues allí, el individuo mide sus propias fuerzas frente a diversos desafíos y demandas, no sólo de tipo académico sino psicosocial, enfrentado situaciones exigentes que lo llevan a instancias conflictivas en las cuales debe confrontarse a sí mismo para poder entender mejor sus capacidades, para fortalecerse, aprender y responder con eficacia, conservando su salud mental y la confianza en sus potencialidades (Álvarez et al, 2010).

Las investigaciones realizadas en relación con el tema se han centrado principalmente en la identificación de características resilientes en población infantil, en poblaciones víctimas de pobreza (Bradley et al, 1994), sin embargo, el estudio de la resiliencia en población estudiantil ha sido muy poco explorada, especialmente en las instituciones de educación superior (Álvarez et al, 2010; Peralta et al, 2006).

Por otra parte, el conocimiento epidemiológico de los trastornos por uso de sustancias (TUS), en Venezuela y especialmente en sus universidades es deficiente (Castellano, R. et al., 2008).

En la literatura revisada, son pocos los estudios que relacionan la resiliencia con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios, y en nuestro medio este es el primer trabajo que se realiza abordando esta problemática, lo que lo hace relevante y original.

Por consiguiente, la pertinencia del estudio de la resiliencia y su asociación con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en universidades venezolanas, constituye un eje de gran importancia, debido a que las mismas están integradas por alumnos en edades de alta vulnerabilidad, en su mayoría se encuentran en la etapa de adolescencia y adultez joven, expuestos a múltiples factores de riesgo y altos niveles de estrés de los cuales con mucha frecuencia no están muy conscientes (Castro

y Llanes, 2009), además desarrollan carreras del área de ciencias de la salud, constituyéndose en el recurso humano que desempeñará funciones vinculadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prestación de servicios a la población expuesta a este grave problema de salud pública.

Los resultados de esta investigación permitirán identificar los factores de resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis, conociendo con ello, los recursos con que disponen los mismos para enfrentar situaciones como el consumo de drogas. Al mismo tiempo, proporcionará información veraz a las diferentes instituciones y organismos competentes del Estado venezolano y a las autoridades universitarias sobre el consumo de drogas en los estudiantes universitarios, y con ello, sustentar la toma de decisiones en lo que a drogadicción se refiere; además de evaluar el impacto de políticas y programas asistenciales y preventivos, donde se le pueda dar cabida a la formulación de líneas de acción basadas en el desarrollo y fortalecimiento de factores protectores como la resiliencia, en virtud que la drogodependencia representa uno de los problemas de salud pública más angustiantes de esta época.

I.3 Antecedentes:

La resiliencia, o capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir un estrés intenso, una catástrofe, o experiencias traumáticas como malos tratos, violencia, etc., está relacionada con un gran número de conductas problema, como es el consumo de alcohol y de otras drogas (Becoña et al, 2006).

Los estudios de resiliencia relacionados con la institución educativa ponen el acento en el carácter protector ante conductas de riesgo a través de

elementos como el buen clima emocional y las relaciones interpersonales en el establecimiento educativo (Villalta, 2010).

En la búsqueda de estudios de resiliencia y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes, se observa que son escasas las investigaciones en población universitaria, sin embargo, existen estudios similares sobre esta materia en otras poblaciones, así tenemos:

Vidal et al (2010), en una población de 184 estudiantes de carreras de pregrado de una institución de Educación Superior de Bio Bio (Chile), identificó factores de protección en el consumo de drogas en los estudiantes. Encontraron el factor Habilidades de autocontrol, con una relación estadísticamente significativa para alcohol, tabaco y marihuana.

Un estudio realizado por Rodríguez et al, 2010, con el objetivo de comparar la presencia de factores de resiliencia entre estudiantes de secundaria usuarios y no usuarios de drogas ilegales con 87 sujetos usuarios y 253 sujetos no usuarios. Los resultados mostraron índices de resiliencia significativamente más bajos entre los usuarios de drogas, en especial con respecto a control de impulsos y autoestima.

García y Días (2007), se centraron en la relación existente entre los factores de protección y resiliencia, la autorregulación y el consumo de sustancias legales e ilegales en un grupo de 215 adolescentes de Enseñanza Secundaria de Felgueiras (Portugal). Los resultados obtenidos en este estudio permiten verificar la relación existente entre el consumo de drogas y algunos factores de protección y resiliencia, pero no se encontró una relación significativa con la autorregulación en la mayoría de los casos de consumo, a excepción del control de impulsos, que es mayor y estadísticamente significativo en los alumnos que no consumen cocaína, crack u otro tipo de drogas.

Córdova et al (2005), llevaron a cabo una investigación en Centros de Integración Juvenil, A.C. cuyo objetivo fue identificar y comparar las características de resiliencia en tres grupos de estudiantes mexicanos de educación media (básica y superior, con una muestra de 1021 jóvenes de 13 a 18 años: a) abusadores o dependientes a drogas ilegales, b) usuarios experimentales u ocasionales, y c) no usuarios de drogas ilegales, se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos. Entre las principales características resilientes identificadas y que mejor distingue a los abusadores/dependientes de los no usuario se encuentran: manejo de conflicto en relaciones interpersonales, control ante situaciones de riesgo, sentido del humor, orientación al futuro, unión familiar, %aguante+ y aceptación de la madre.

En un estudio realizado por Becoña et al (2006), donde evalúan la resiliencia en relación con el consumo de alcohol en una muestra de 1.144 personas de 14 a 25 años de edad, representativa de dos comarcas de Galicia, la del Salnés (Pontevedra) y la de o Carballiño (Ourense), la primera costera y la segunda agrícola y del interior en una población de jóvenes. En los resultados de este estudio se aprecia que los que tienen la mayor puntuación en resiliencia, o en sus escalas derivadas de competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida, son los que no beben o beben poco.

En cuanto a estudios de Resiliencia, Álvarez y Cáceres (2010), realizaron una investigación en 180 estudiantes universitarios de quinto y sexto semestre de Universidades públicas y privadas de Bucaramanga (Colombia) con edades entre 17 y 37 años, donde se hallaron factores resilientes en el grupo: Habilidades para solucionar problemas, humor y conductas vitales positivas. No se hallaron correlaciones significativas entre la resiliencia y la edad. Las mujeres resultaron más resilientes que los hombres.

González et al (2008), realizaron una investigación en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y preparatoria, con el objetivo de conocer los factores de resiliencia en estos, obteniéndose seis factores, seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Los análisis por sexo muestran mayor resiliencia en los varones, con rasgos de ser más independientes; las mujeres logran ser más resilientes siempre y cuando existe un apoyo externo significativo o de dependencia.

Saavedra y Villalta (2008), realizaron una investigación para describir y comparar los puntajes generales y por factores de la variable resiliencia en sujetos de diferentes tramos de edad y de sexo femenino y masculino, en una muestra chilena. Los principales hallazgos encontrados indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia de las mujeres y los hombres; sin embargo se describe un perfil resiliente distinto en ambos géneros. Del mismo modo, los niveles de resiliencia no están asociados directamente a los tramos de edad, ya que se obtienen resultados similares en las diferentes etapas.

En el estudio realizado por Prado y del Águila (2003), investigaron si existían diferencias significativas en las áreas de resiliencia respecto del género y el nivel socioeconómico en adolescentes de 12 a 14 años, en tres colegios. Con respecto al género se encontró que no hay diferencias significativas en las puntuaciones totales de resiliencia, pero si se hallaron diferencias significativas en el área de interacción a favor del género femenino.

Además, Moral et al (2010), analizaron los factores que determinan el consumo juvenil de sustancias psicoactivas evaluando la capacidad predictiva de variables actitudinales, afectivas, relacionales a nivel familiar, académicas, entre otras, en una población de 750 adolescentes del Principado de Asturias (España), en el cual se encontró que los adolescentes

que consumen alcohol y otras drogas presentan un perfil diferencial respecto a los no consumidores en factores relativos a la mayor permisibilidad actitudinal, efecto del modelo paterno y del grupo de iguales, insatisfacción institucional, inestabilidad emocional y manifestaciones de más conductas disruptivas con problemas de relación y búsqueda de atención. Concluyen que el consumo juvenil de drogas está determinado por la interrelación de variables personales, familiares, escolares y psicosociales.

Por otra parte, Buchanan y Pillon (2008), realizaron un estudio que tuvo como propósito identificar el consumo de drogas y los factores socio-demográficos en una muestra de 260 estudiantes de segundo semestre, cuarto y quinto año de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Honduras, donde la droga más utilizada en los últimos seis meses es el alcohol, con consumo recreacional; las drogas ilícitas como la marihuana, la cocaína, el valium y los inductores del sueño en menor proporción.

Dada la importancia del consumo de drogas en la población universitaria venezolana, desde principios de los años 90 se iniciaron investigaciones en diferentes universidades del país (Espig et al, 2009). Así tenemos:

En la Universidad de Los Andes, Mérida:

Castellano et al (2008), realizaron una investigación en la cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia e incidencia de trastornos por uso de sustancias en la comunidad estudiantil de los tres campus universitarios de la ULA (Mérida, Táchira y Trujillo) con un total de 1.018 estudiantes, mediante una entrevista validada para la población venezolana, anónima, autoadministrada que cumple con los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatras (APA 1980 y 1994; Baptista et al, 1993; Baptista et al, 1994) con un total de 1.018 estudiantes, los resultados indicaron que el

alcohol es la sustancia más frecuentemente usada entre los estudiantes. Las sustancias detectadas entre los estudiantes con las prevalencias de uso más elevada fueron alcohol (80, 6%) y tabaco (16.7%), marihuana (3,9%) y los tranquilizantes (3,1%). Además, el abuso de alcohol 16,1% y otras drogas 1,8%; dependencia a alcohol 4,3%, tabaco 4,2% y otras drogas 0,4%. Las incidencias en el último año por abuso de alcohol 3,6%, otras drogas 0,3% y por dependencias, alcohol 1,4%, tabaco 0,3% y otras drogas de 0,4%. El campus Mérida tuvo significativamente más estudiantes con dependencias.

Ángeles et al (2003), realizaron una investigación para determinar la prevalencia del uso patológico de sustancias psicoactivas y su relación con variables sociodemográficas y epidemiológicas en 421 estudiantes de sexo femenino de nuevo ingreso cursante de diferentes carreras (11 en total). En dicho estudio se utilizó, una versión del *Diagnostic Interview Schedule+(DIS-II-A)* el cual establece criterios del DSM-III, traducida y validada para población venezolana por Baptista y Uzcátegui (1993), para el diagnóstico psiquiátrico de dependencia de tabaco, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias. Los resultados arrojaron que la presencia de dependencia de tabaco en un 19,5%, abuso de alcohol en 17,6 % y dependencia de alcohol en 8,3 % el abuso de alcohol se presentaba en 17,6 % de las estudiantes encuestadas. La dependencia de tabaco en la Escuela de Bioanálisis fue de 24,2 %, el abuso de alcohol de 25,7% y la dependencia de alcohol de 7,5%. Las carreras en las que se encontró mayor dependencia de tabaco fueron Odontología, Geografía, Medicina, Bioanálisis y Nutrición, ocupando el cuarto lugar. EL mayor abuso del alcohol se observó en Nutrición, Medicina, Bioanálisis, Enfermería y Odontología, donde la Escuela de Bioanálisis ocupó el tercer lugar. La mayor dependencia de alcohol se reportó en las Escuelas de Odontología, Enfermería, Nutrición, Medicina, Bioanálisis y Farmacia, ocupando un quinto lugar.

Baptista et al (1994), determinaron la frecuencia de trastornos por uso de sustancias en un grupo de 1013 estudiantes de Medicina y 426 estudiantes de Farmacia. La encuesta se llevo a cabo utilizando una versión en español de la Entrevista Diagnóstica (DIS-III). Los trastornos por consumo de sustancias fueron significativamente mayor en los estudiantes de medicina. La mayoría de los casos se observaron en los estudiantes en sus semestres académicos intermedios.

Uzcátegui (1990) evaluó la prevalencia de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en 191 estudiantes de postgrado en medicina del Hospital Universitario de Los Andes. Se administró u encuesta anónima adaptada para Venezuela que utiliza los criterios de DSM-III. Se obtuvieron como resultados: dependencia de tabaco 20,9%, abuso de alcohol 11%, dependencia de alcohol 0,5%, abuso de otras drogas 1% y dependencia de otras drogas 1%.

Estudios similares se han realizado en otras universidades de Venezuela, entre los cuales están:

Valverde et al (2009), investigaron el consumo y adicción en dos grupos de estudiantes, 70 estudiantes de medicina y la 69 de otras instituciones con adicción y síndrome de abstinencia. Donde se encontró que en los estudiantes de medicinalos habitos alcohólicos fueron de 88,23% y tabáquicos 23,52%; marihuana droga ilícita de inicio 41,18%; mientras que en estudiantes adictosde otras instituciones los hábitos alcohólicos 76,81%, tabáquico 66,66%, marihuana droga de inicio 55,07%. Determinando que existe un alto riesgo de adicción en estudiantes universitarios.

Espig et al (2009), realizaron un estudio donde el objetivo fue caracterizar el uso de alcohol en 440 estudiantes de nuevo ingreso en las carreras de bioanálisis, enfermería y medicina de la Facultad de Ciencias de

la Salud, donde el 80,8 % ha consumido alcohol y recientemente lo hacia el 40% de la población. Se concluyó que es una población con un alto factor de riesgo para el consumo de alcohol.

Gómez et al (2007), determinaron el consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de las diferentes escuelas de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Carabobo. Los resultados arrojaron que el 85,3% consume alcohol, 28,1% fuma y 13,7% consume drogas ilícitas. La droga ilícita de más uso es la marihuana 15,2%. Se encontró un porcentaje considerable de consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiante, siendo en su mayoría del segundo año de la carrera.

González (2005), realizó un estudio en la Escuela de Arquitectura de la Universidad del Zulia, el cual tuvo como propósito conocer los factores de riesgo que inciden en el consumo de drogas en los estudiantes de esa Escuela, se evidenció que la prevalencia del consumo fue mayor en las drogas licitas que en las ilícitas específicamente en el alcohol con un 55%.

I.4 Bases legales:

Las bases legales que le dan sustento a esta investigación son: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica de Drogas (2010), la Resolución N° 030 sobre Ambientes Libres de Humo de Tabaco (Decreto N° 7.436 de fecha 24 de mayo de 2010). A continuación se describen estos aspectos legales:

I.4.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), que refleja en su articulado el rango constitucional que alcanza la salud:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará, un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones, sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85: El financiamiento del sistema público nacional de salud, es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política de formación de profesionales y técnicos y técnicas, y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Como se puede observar los anteriores artículos sintetizan los principios de las políticas públicas en materia de salud como son: universalidad, gratuidad, solidaridad, equidad y justicia e integración social.

I.4.2 Ley Orgánica de Drogas (2010):

Artículo 1: Esta ley tiene por objeto establecer los mecanismos y medidas de control, vigilancia y fiscalización en el territorio nacional, a que serán sometidos los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como las sustancias químicas, precursoras y esenciales, susceptibles de ser desviadas a la fabricación ilícita de drogas; determinar los delitos y penas relacionados con el tráfico ilícito de drogas, asimismo, las infracciones administrativas pertinentes y sus correspondientes sanciones; identificar y determinar la naturaleza del órgano rector en materia de lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas; regular lo atinente a las medidas de seguridad social aplicables a la persona consumidora, por el consumo indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; y regular lo atinente a la prevención integral del consumo de drogas y la prevención del tráfico ilícito de las mismas.

Artículo 4: Oficina Nacional Antidrogas (ONA). La Oficina Nacional Antidrogas es una oficina nacional con capacidad de gestión presupuestaria, administrativa y financiera, dependiente jerárquicamente del Ministerio del Poder Popular con competencia de materia de interior y justicia.

La Oficina Nacional Antidrogas es el órgano rector encargado de diseñar, planificar, estructurar, formular y ejecutar las políticas públicas y estrategias del Estado contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas, así como la organización, dirección, control, coordinación, fiscalización y supervisión, en el ámbito nacional, en las áreas de prevención del consumo de drogas, el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de la persona consumidora, el

combate al tráfico ilícito de drogas y el área operativa de las relaciones internacionales en la materia.

El tratamiento y rehabilitación de la persona consumidora, se hará en coordinación con el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud.

Artículo 5: Atribuciones. Para su organización y funcionamiento, el órgano rector tendrá las siguientes atribuciones:

Numeral 14: Desarrollar conjuntamente con el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de educación universitaria, los planes y programas de prevención contra el tráfico ilícito y el consumo de drogas, en los centros de educación universitaria, públicos o privados.

Numeral 15: Fomentar el desarrollo de planes y programas de prevención contra el tráfico ilícito y el consumo de drogas, en los institutos encargados de fomentar cultura, el deporte, la protección del niño, niña y adolescente, la familia y cualesquiera otras instituciones de promoción social (Maldonado, 2011)

I.4.3 Resolución de Ambientes Libres de Humo de Tabaco (2010):

Artículo 1: La presente Resolución tiene por objeto proteger la salud de la población de las consecuencias dañinas que genera el humo de tabaco.

Artículo 2: Para efectos de la presente resolución se adoptan las siguientes definiciones:

- 1. Humo de Tabaco:** Es el humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco, generalmente en combinación con el humo de tabaco exhalado por el fumador.

- 2. Lugares Públicos:** Lugares accesibles al público, independientemente de quien sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos.
- 3. Lugar de Trabajo:** Todo lugar utilizado por las personas, durante su empleo o trabajo, sea remunerado o no, incluyendo lugares conexos como: pasillos, ascensores, escaleras, vestíbulos, cafeterías, baños, salones, comedores y edificaciones anexas entre otros.
- 4. Áreas Interiores:** Es todo espacio cerrado, techado o no, independientemente del material utilizado y de que la estructura sea permanente o temporal.

Artículo 3: Queda prohibido fumar o mantener encendidos productos de tabaco en áreas interiores de los lugares públicos y en los lugares de trabajo, cualquiera sea su uso incluyendo el transporte.

Artículo 4: Los propietarios o los administradores de los lugares en los que esté prohibido fumar, de conformidad con la presente Resolución, deben colocar un aviso cuyas dimensiones sean iguales o mayores a 80 cms (ancho) X 50cms (largo) que contenga el texto siguiente: Este es un Ambiente 100% Libre de Humo de Tabaco por Resolución del Ministerio del Poder Popular para la Salud. El texto debe ir acompañado de un símbolo internacional de prohibición de fumar, el cual consiste en un círculo rojo con un cigarrillo encendido, cruzado por una línea roja que toca los bordes del círculo.

Artículo 5: Los propietarios, empleadores y administradores de las áreas interiores o cerradas de los lugares de trabajo y/o los lugares públicos, cualesquiera sea su uso, incluyendo el transporte público, tienen la obligación de velar por el cumplimiento de la presente Resolución, a fin de proteger a la población de los nocivos efectos del humo de tabaco.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Artículo 6: En caso de incumplimiento o violación de las disposiciones previstas en esta Resolución, se impondrán sanciones previstas en el ordenamiento jurídico vigente.

Artículo 7: La presente resolución entrará en vigencia a los noventa (90) días continuos, contados a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.1 Drogas. Conceptos fundamentales:

Las evidencias sobre el uso, el abuso y la dependencia de diversas drogas son tan antiguas como la misma civilización y constituyen en nuestra cultura uno de los problemas de salud pública más graves (Aizpiri et al, 2002).

El término *droga* es amplio, se utilizó en la farmacología para designar a un medicamento en estado bruto, tal como aparece en la naturaleza. Manteniendo el criterio clínico, en 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como *cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones*+(Lorenzo et al, 1998). Por tanto, el término droga se aplica a aquellas sustancias de origen natural o sintéticas, que introducidas en el organismo por cualquier vía de administración, en dosis variadas, son capaces de alterar el estado fisiológico de un organismo vivo y generar dependencia física, psíquica o ambas (Rojas, 2011; Luna, 2010) y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social, siendo equivalente al de *droga de abuso* (Lorenzo et al, 1998).

Por otra parte, las drogas pueden ser medicinales o fármacos, las cuales son sustancias empleadas en el tratamiento, prevención y diagnóstico de enfermedades; y no medicinales o drogas sociales, las cuales son sustancias que se usan con propósitos recreativos (Luna, 2010; Andrade, 2001; Arias, 1999).

Por *drogodependencia* se entiende, tal como la definió la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad+ (Becoña, 2002; Lorenzo et al, 1998; Aizpiri et al, 2002).

Actualmente en vez de drogodependencia, técnicamente, se suele hablar de dependencia de drogas o de dependencia de sustancias, aunque es lo mismo a nivel semántico ya que drogo-dependencias es equivalente a dependencia de drogas (Becoña, 2002). Se puede considerar sinónimos los términos drogodependencia, adicción y toxicomanías (Lorenzo et al, 1998).

II.1.1 Dependencia de sustancias:

La *dependencia* es definida por la OMS en 1982, como un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes. Por otra parte, se destaca que la dependencia da lugar a una pérdida de libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada o esclavizada por la droga; es decir, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto (Lorenzo et al, 1998).

El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (American Psychiatric Association, 1995) considera que los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos

por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias.

De acuerdo al DSM-IV la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

El DSM-IV describe la *dependencia* de sustancias psicoactivas, y señala los siguientes criterios:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los siguientes síntomas en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b) Se administra la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

II.1.2 Tipos de dependencia a sustancias:

La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

Dependencia psíquica: se refiere al impulso síquico irreprímible de consumir la sustancia psicoactiva en forma continua o periódica con el fin de experimentar el efecto placentero o reducir el malestar producido por su privación (Córdoba, 2006). Se hablará de dependencia psíquica cuando se presente cualquiera de las siguientes características:

- Deseo irreprímible (no compulsión) de consumir la droga.
- Poco o nulo desarrollo de tolerancia.
- Poco deterioro físico.
- Menos problemas para la sociedad.
- La supresión brusca de la droga no causa síndrome de abstinencia. (Luna, 2010; Córdoba, 2006; Arias, 1999).

Dependencia física: Es un término sinónimo de neuroadaptación. Consiste en la modificación fisiológica de las neuronas que obliga al organismo a incorporar la sustancia psicoactiva con el fin de mantener un estado subjetivo de bienestar el cual aparece al interrumpir la sustancia. Se evidencia clínicamente después de la brusca supresión del psicoactivo, cuando aparecen intensos trastornos físicos como los denominados, síndrome de abstinencia y fenómeno de tolerancia. Se hablará de dependencia física cuando se presenta:

- Deseo compulsivo de ingerir la droga.
- Necesidad fisiológica o metabólica que obliga al consumo de la droga.
- Deterioro físico y mental.
- Efectos negativos para la sociedad.
- Desarrollo de la tolerancia.
- La supresión brusca de la droga origina síndrome de abstinencia.
(Luna, 2010; Córdoba, 2006; Lorenzo et al, 1998).

Córdoba (2006) define el fenómeno de tolerancia como el proceso farmacocinético y farmacodinámico que obliga a aumentar progresivamente la cantidad de sustancia consumida con el fin de conseguir un determinado efecto psicoactivo. La tolerancia se manifiesta por disminución de la respuesta a una misma dosis de sustancia; es decir se necesitan cada vez mayores cantidades de droga para lograr el efecto deseado.

El desarrollo de tolerancia puede obedecer a las siguientes razones:

- a- Disminución gradual de la absorción intestinal de la sustancia.
- b- Aumento en la velocidad de eliminación de la sustancia por una mayor biotransformación o acelerada excreción (Luna, 2010).

El síndrome de abstinencia o supresión es el conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir la sustancia psicoactiva de la cual el sujeto es dependiente, o cuando se suspende o se reduce bruscamente la ingestión de dicha sustancia tras un consumo previo regular. La intensidad y gravedad de este síndrome depende del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida. Los signos y síntomas más comunes son: ansiedad, inquietud, insomnio, deterioro de la atención, náuseas, escalofríos, sudoración, taquicardia, calambres abdominales, sequedad de mucosas, vómito y diarrea (Córdoba, 2006).

II.1.3 Abuso de sustancias:

El DSM-IV describe el *abuso de sustancias psicoactivas*, y señala los siguientes criterios:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

Córdoba (2006) define el *abuso de droga* como el uso excesivo, persistente o esporádico de una droga que el individuo usa por su propia iniciativa, con detrimento de su salud o de su funcionamiento social. En este caso no hay dependencia psíquica o física. Básicamente se puede abusar del alcohol, tabaco, marihuana, alucinógenos, barbitúricos, y tranquilizantes, los derivados del opio, anfetaminas, antidepresivos y en general el uso de drogas sin prescripción médica.

II.1.4 Uso de sustancias:

El *uso de sustancias* no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término *uso* significa consumo, utilización, gasto de esa sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin ningún ritmo en la habitualidad, sin tolerancia o dependencia (Lorenzo et al, 1998).

II. 1. 5 Mecanismo de acción general de las drogas de abuso:

Las drogas de abuso alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de neurotransmisores y neuropéptidos cerebrales. Así el efecto dependerá de tres factores:

- 1- Del neurotransmisor (adrenalina, nordrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina, ácido -amino butírico o GABA), o de un neuropéptido (endorfina) con el que la droga tiene una interacción específica.
- 2- De la naturaleza de esta interacción con ciertos receptores específicos.
- 3- Del lugar de esta interacción dentro de las estructuras cerebrales especializadas y de la función de esta parte del cerebro (Rojas, 2011)

II. 1. 6 Clasificación de las drogas:

Según los efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), las drogas se clasifican en:

- 1- *Drogas depresoras*: son las que inhiben el funcionamiento del SNC, hacen más lenta la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre las principales drogas depresoras están, el alcohol, la heroína, la morfina, codeína, la metadona, y algunos psicofármacos, como las benzodiazepinas o los barbitúricos.
- 2- *Drogas estimulantes*: son aquellas que activan el SNC, excitan la actividad nerviosa, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Entre ellas se encuentran la cocaína, las anfetaminas, la nicotina y la cafeína.
- 3- *Drogas alucinógenas*: son las también conocidas como perturbadoras, producen un estado de conciencia alterado, deforman percepción y evocan imágenes ilusorias. Sus representantes más característicos

son la Marihuana (*Cannabis sativa*), el ácido lisérgico (LSD), mescalina del peyote, psilocibina de hongos alucinógenos (Rojas, 2011; Reyes et al, 2010; Córdoba, 2006; Réquíz, 2004; Lorenzo, 1998).

Según el tipo de droga, se clasifican:

- a- De acuerdo a su condición legal o ilegal: Esta clasificación puede cambiar dependiendo de las normativas establecidas en cada país, respecto a la producción, venta y consumo de las diferentes sustancias, en Venezuela tenemos:
 1. *Drogas de uso lícito*: aceptadas socialmente, tales como el alcohol y el tabaco, las cuales tienen efectos subestimados y se clasifican como *lícitas* pues su uso es legalmente aceptado. Otros ejemplos son: medicamentos estimulantes como anfetaminas, sedantes como barbitúricos, benzodiazepinas
 2. *Drogas de uso ilícito*: se clasifican como *ilícitas* debido a que su uso no es aceptado legalmente. Ejemplo de éstas tenemos: Marihuana, cocaína, opiáceos (ej. heroína), alucinógenos.
- b- *Drogas de síntesis o diseño*: son sustancias sintetizadas químicamente de forma clandestina que se conocen como *drogas de abuso de diseño*. Entre ellas las más conocidas es el *éxtasis* o metanfetamina (MDMA) (Rojas, 2011; Reyes et al, 2010).

II.2 Resiliencia, factores de riesgo y factores protectores frente al consumo de drogas.

Un enfoque de la resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo *del desafío* o de la resiliencia, el cual muestra que las fuerzas negativas, que se expresan en términos de daños o riesgos, no encuentran a una persona inerte, en el cual se establecerán

inevitablemente, daños permanentes, sino que describe la existencia de escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y transformándolas en factor de superación de la situación difícil, desde una perspectiva que busca resaltar los factores de protección (Munist et al, 1998).

Se han logrado identificar una gran variedad de condiciones, llamados factores de riesgo, considerados como cualquier característica o cualidad de una persona que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud (Munits et al, 1998) que determinan o aumentan la posibilidad del consumo de drogas (Madrigal et al, 1999).

Entre los principales factores de riesgo para el consumo de drogas, se encuentran (Madrigal et al, 1999):

- Individuales: Dificultad en el manejo de las emociones, problemas de identidad, falta de límites, problemas con el autoconcepto y autoestima, inasertividad, ausencia de proyecto de vida, dificultad para postergar, pobre control de impulsos, búsqueda de sensaciones fuertes, fracaso escolar, antecedentes de consumo de alcohol y otras drogas en la familia, problemas físicos y/o neurológicos.
- Familiares: La falta de normas y límites claros, ausencia de disciplina y afecto, falta de valores, padres rígidos, autoritarios, sobreprotectores o ausencia de alguno de los padres, maltrato y problemas de comunicación, patrones familiares de consumo, expectativas poco reales y ausencia de reconocimiento.
- Escolares: Escasa información sobre la problemática de las drogas, ausencia de estímulos para la participación del alumno, déficit de áreas recreativas, deportivas y culturales, falta de una política y normativa definida de rechazo a las drogas, disponibilidad de drogas

dentro de la escuela, modelos inadecuados, escasa capacitación del docente en materia de drogas.

- Grupo de pares: Amigos consumidores, presión de grupo, amigos desertores escolares o con problemas de adaptación o conflictivos.
- En la comunidad: Falta de organización y participación comunitaria, actitud favorable al consumo, comunidad permisiva, disponibilidad de las drogas, ausencia de solidaridad y espíritu de trabajo, desarraigo cultural, carencia de líderes, ambiente de violencia y maltrato.
- En la sociedad: Falta de oportunidades educativas, ausencia de políticas y programas, empobrecimiento, crisis de valores, desempleo, presencia de redes de producción y distribución de drogas, exclusión social.

Por otra parte, los factores de protección, están conformados por todas las circunstancias capaces de favorecer el desarrollo de los individuos o grupos, y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Pulgar, 2010; Munist et al, 1998), protegen frente a las drogas y hacen más difícil la aparición del consumo (Madrigal et al, 1999).

Entre los principales factores de protección ante el consumo de drogas, se encuentran (Madrigal et al, 1999):

- Individuales: Autoconcepto sano, capacidad para comunicarse, capacidad para postergar gratificaciones, proyecto de vida, capacidad para manejar la presión de grupo y para tomar decisiones, habilidad para resolver problemas, pensamiento autónomo y crítico, valores espirituales, sentido de transcendencia, amor al prójimo, capacidad para el disfrute de vida, cuidado de la salud, éxito escolar, compromiso personal de no consumir.
- Familiares: Familia integrada, límites claros y precisos, disciplina, comunicación abierta, ambiente de armonía y afecto, existencia de

valores, reconocimiento de logros, necesidades básicas cubiertas, participación en las actividades y responsabilidades del hogar.

- Escolares: Estímulo a la participación de los alumnos, promoción de la solidaridad e integración, políticas consistentes con relación al consumo de drogas, toma de decisiones responsables, formación del docente en prevención, buen nivel académico y valorativo, metodología participativa, refuerzo de valores positivos, reconocimiento de los logros, méritos y ayuda mutua, educadores como modelos adecuados, áreas alternativas: culturales, deportivas, sociales, clubes.
- Grupo de amigos: Rechazan las drogas, insertados en el sistema educativo, con valores sólidos y con metas claras, uso productivo del tiempo libre, diversiones sanas.
- En la comunidad: Organización y participación comunitaria, actitud crítica frente al consumo, solidaridad, espíritu de trabajo, escasa disponibilidad de drogas, jóvenes incorporados al sistema escolar, presencia de líderes positivos, promoción de valores culturales, ambiente de seguridad, áreas de recreación y deporte, red de apoyo local.
- En la sociedad: Políticas y programas de prevención, red de organizaciones gubernamentales, existencia de oportunidades de estudio y empleo, promoción del desarrollo humano y social.

En la medida en que aumenten los factores de riesgo habrá más probabilidades de consumo de sustancias psicoactivas. En cada etapa de desarrollo del individuo ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, como por ejemplo una conducta agresiva realizando intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a desarrollar en los niños conductas positivas apropiadas. Si no son tratados,

los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro (Márquez, 2011).

El cuadro que se presenta a continuación describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco dominios o ambientes, donde se pueden realizar intervenciones:

Cuadro N° 1. Factores de riesgo, factores de protección y dominios donde se pueden realizar intervenciones.

Factores de riesgo	Dominio	Factores de protección
Conducta agresiva precoz	Individual	Auto-control
Falta de supervisión de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Aptitud académica
Disponibilidad de drogas	Escuela	Política anti-droga
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

Fuente: Márquez, 2011.

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de diferentes maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que abuse de las drogas. Ciertos factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante algunas etapas del desarrollo del individuo, como por ejemplo, la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez.

Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo. La intervención temprana en el desarrollo del niño fortalece los factores de protección lo que evita que se desarrollen los problemas de conducta y drogadicción (Márquez, 2011).

Según numerosas investigaciones el proceso de construir resiliencia es similar para los niños y los adultos. Este proceso ha sido diagramado en un Modelo de la Resiliencia (Richardson et al, 1990), que se resume en la Figura1.

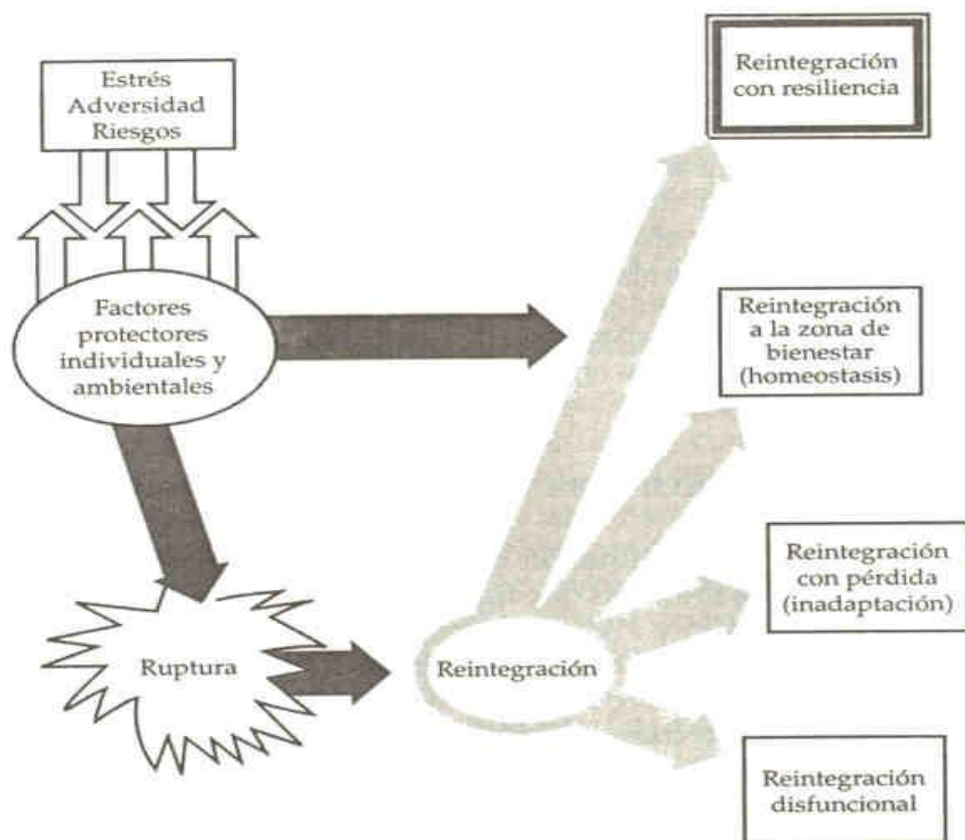


Figura N° 1. Modelo de la Resiliencia.

Fuente: Henderson y Milstein (2005).

De acuerdo con el Modelo de la Resiliencia (Richardson et al, 1990), cuando un individuo de cualquier edad sufre una adversidad, en principio se pone en contacto con ciertos rasgos propios y ambientales que amortiguan esa adversidad. Si el individuo cuenta con suficiente "protección", se adapta a la dificultad sin experimentar una ruptura significativa en su vida, lo cual le permite permanecer en una zona de bienestar, o en "homeostasis", o avanzar a un nivel de mayor resiliencia debido a la fortaleza emocional y los saludables mecanismos de defensa desarrollados en el proceso de superar la adversidad. Sin la necesaria protección, el individuo atraviesa un proceso de ruptura psicológica y luego, con el tiempo, se reintegra de esa ruptura.

De allí que, el tipo de reintegración estará determinada por la disponibilidad de factores protectores personales y ambientales. Como se muestra en la Figura 1, dicha reintegración podría tomar las características de una disfunción, como por ejemplo el abuso de alcohol u otras drogas, o un intento de suicidio, o bien presentar rasgos de inadaptación, como es la pérdida de la autoestima o de la capacidad de enfrentar sanamente los problemas. La reintegración también puede dar por resultado el regreso del individuo a la zona de bienestar o el incremento de la resiliencia (Vargas y Villavicencio, 2011; Henderson y Milstein, 2005).

Finalmente, el Modelo de la Resiliencia ofrece dos mensajes importantes: que la adversidad no conduce automáticamente a la disfunción, sino que puede tener diversos resultados para el individuo que la sufre, y que incluso una reacción inicial disfuncional a la adversidad puede mejorar con el tiempo. Richardson et al, 1990, sugieren que el proceso diagramado en el Modelo de la Resiliencia es aplicable a toda persona, porque es, de hecho, el proceso de la vida (Henderson y Milstein, 2005).

Evidentemente, el ambiente es determinante para la resiliencia del individuo, por las siguientes razones. En primer lugar debido a que los

factores protectores internos que ayudan a un individuo a ser resiliente frente a una tensión o una amenaza suelen ser resultado de determinadas condiciones ambientales que promueven el desarrollo de estas características. En segundo lugar porque las condiciones ambientales inmediatas existentes, en adición a la tensión o la amenaza, contribuyen a contrapesar las respuestas del individuo, pasando de las de inadaptación o disfunción a las de homeostasis o resiliencia (Henderson y Milstein, 2005).

Tal como se ha visto, la resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables. Es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia. Al analizar la interacción entre factores de riesgo, factores protectores y resiliencia no se debe concentrar sólo en el nivel individual, por el contrario, se debe amplificar el concepto para entender el interjuego que se da con las variables sociales y comunitarias (Munist et al, 1998).

Como se puede observar, el constructo resiliencia se relaciona con los factores de riesgo y protección, o pudiera considerarse el gran macrofactor de protección que englobaría a todos los demás, como en ciertas ocasiones se ha indicado. La resiliencia puede verse también, como una estrategia de afrontamiento, dimensión de afrontamiento, como una habilidad de solución de problemas y autorregulación, bien sea contribuyendo a la competencia de afrontamiento, como la autonomía, la inteligencia y la competencia social (Becoña, 2002; Becoña, 2007).

A nivel teórico, es de esperar que si se incrementa la resiliencia las personas quedarían inmunizadas para el consumo de drogas. Además la resiliencia parte de la importancia de los factores de riesgo pero vistos del

otro lado, de la necesidad de conocer cuáles son los de protección en situaciones poco favorables y potenciarlos para contrarrestar los factores de riesgo (Becoña, 2007).

Los individuos resilientes al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables (Munist et al, 1998).

En este sentido, el constructo resiliencia ha sido estudiado, y su relevancia se centra en aquellas personas que estando en situaciones de alto riesgo no desarrollan conductas problema, como consumir alcohol o drogas ilegales. De ahí que hay factores en la persona, y factores evolutivos que se relacionan con no pasar a una conducta problema cuando teóricamente hay muchas posibilidades de que eso ocurra (Becoña, 2007).

II.1.3. Educación resiliente para la prevención del consumo de drogas

II.1.3.1 Familia y resiliencia

En Educación el concepto de Resiliencia implica, el ejercicio de la fortaleza es decir la constancia, la capacidad de acometer y resistir, con la finalidad de afrontar los avatares de la vida familiar, personal, profesional y social. A diferencia del modelo netamente médico basado en patologías, se aproxima a un modelo proactivo pedagógico que se basa en el bienestar y se centra en la adquisición de eficacia propia y competencias (Villasmil, 2010; Villalobos y Castelán, 2007).

Las primeras bases educacionales se adquieren en el seno del hogar; las cuales se van ampliando a medida que el individuo se expone a una enseñanza formal (Bueno, 2005).

La familia es el centro vital de la sociedad, en las últimas décadas se ha visto afectada por todos los fenómenos globales, los cambios socio-económicos, culturales y políticos, con lo cual se ha ido transformando y diversificando. Es en el seno familiar donde se produce el crecimiento y maduración psicológica de los individuos y se desarrollan los diferentes aspectos de la personalidad y de la socialización de sus miembros (Lebrero, 2008).

La vida en familia supone la primera escuela para el aprendizaje. La familia ejerce la influencia más importante en la educación de los niños, sobre todo en sus primeros años de desarrollo. El niño pequeño es capaz de adaptarse positivamente a distintos escenarios o climas familiares, la formación del apego seguro en un entorno familiar afectuoso y estable es uno de los mejores factores de protección y de desarrollo de la resiliencia para el niño (Uriarte, 2005).

Es en la familia donde el niño aprende desde su más tierna infancia a colaborar, a respetar y a tolerar. Cuando el niño se siente en su casa escuchado, valorado, querido y seguro de sí mismo puede extrapolar esos valores a la escuela y transmitirlos al resto de los compañeros, si el contexto familiar es adecuado se producen y se fomentan grandes valores. En ella todos los miembros con sus cualidades, posibilidades y limitaciones son aceptados de igual forma y los adultos se acomodan al ritmo evolutivo de los más pequeños (Lebrero, 2008).

La familia es un factor preponderante en la formación de personas sanas física y psíquicamente. Si un niño tiene sus necesidades básicas satisfechas, tiene más opciones de éxito en el futuro, si a esto le añadimos el

contacto físico, las caricias y el respeto de sus padres o familiares, su desarrollo en todos los aspectos será armónico (Fiorentino, 2008).

Es en la familia donde los padres transmiten a los hijos las actitudes, creencias, valores, hábitos, estilos de vida y comportamientos, que para ellos son importantes y que determinarán el modo de los hijos enfrentarse a la vida y, por tanto, el modo de relacionarse con las drogas.

Por lo cual, la causa final de la familia, su función primordial, es la formación del hombre integral; un individuo que se desarrolle armónicamente, afinando sus potencias o cualidades. En el hogar, como en ningún otro lugar, se transmiten los valores, cuando el contexto familiar es adecuado se fomentarán grandes valores, es ahí donde el individuo aprenderá a vivir, a servir y a ser solidario (Buzali, 2008).

Una familia que fomente valores positivos genera hijos optimistas, con espíritu emprendedor y con compromiso hacia sí mismo y hacia los demás, una familia en armonía donde exista una comunicación clara y en la cual los padres ejerzan autoridad sin maltratar a los hijos demostrándoles lo mucho que los quieren con palabras y acciones. La familia se convierte en un poderoso factor de protección en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, aspecto indispensable para disminuir los factores de riesgo que inciden en la aparición del problema de las drogas, específicamente en el consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, a través del establecimiento de vínculos estrechos con las organizaciones comunales y otras formas de expresión de la sociedad, todos hacia la misma dirección y con un solo objetivo, promover el desarrollo de habilidades para la vida, fortalecer valores, impulsar factores de protección y propiciar estilos de vida saludables (Márquez, 2011).

Considerando que los valores son aspectos concretos a los que se les da una importancia especial, de modo que pasan a orientar lo que hacemos.

Por ejemplo, la salud puede ser un valor dominante para una persona, mientras que otros pueden valorar el dinero por encima de otras cosas, el éxito, la inteligencia, la unión de la familia, etc. Las personas definimos lo que está bien o mal en función de los valores que tenemos (Ríos et al, 1997).

De acuerdo con Viktor Frankl (Buzali, 2008) existen tres clases de valores:

1. *Valores creativos*: Serían valores que se pueden desarrollar mediante actos creativos (Rodríguez, 2008). Crear nuevos métodos, nuevas formas, darle un sentido a lo que hacemos y a nuestra vida. Estos valores se dan por ejemplo, en el gusto por el trabajo que realizamos, cada día hacerlo con la ilusión de que sea diferente, se logran cuando se trabaja en beneficio de la sociedad (Buzali, 2008).
2. *Valores vivenciales*: se refiere a experimentar o sentir algo por algo o por alguien. Consistiría en desarrollar la capacidad de vivir intensamente las circunstancias, disfrutando, experimentando algo o sintiendo amor por otras personas (Rodríguez, 2008), se adquiere mediante el aprecio, la contemplación de la belleza o la vivencia de una experiencia inolvidable: *Un minuto de amor puede dar sentido a toda nuestra vida* (Buzali, 2008).
3. *Valores de actitud*: son los que el hombre puede realizar cuando no puede desarrollar valores experienciales o de creación, como puede suceder ante una situación de gran sufrimiento que no es posible cambiar. Aún en esa situación todavía a la persona le quedaría la posibilidad de elegir la actitud que debe tomar aunque todas las circunstancias se volvieran en su contra. Dicha actitud sería un cambio desde el interior de uno mismo. Por ejemplo, la persona podría decidir centrarse en la posibilidad de desarrollo personal a pesar de sus dificultades o tomarse esas dificultades como un reto (Rodríguez, 2008). Para Buzali (2008) el más grande de todos los valores. La

actitud que toma el hombre ante los acontecimientos irremediables y cómo reacciona ante un sufrimiento límite.

Dentro del consumo de drogas se ha estudiado especialmente el papel de la familia. Uno de los aspectos más relevantes para el individuo es el relacionado con su tipo de crianza. Se sabe que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos y en la incidencia en el consumo de drogas; siendo esenciales el control y la calidez paterna, donde el control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres y la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos (Becoña, 2007).

Hoy se conoce que el tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temeroso, con poca o ninguna independencia, variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las hembras pasivas y dependientes. Por otra parte, los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Indudablemente, los hijos de padres con autoridad son los mejores adaptados, en virtud de que tienen confianza en sí mismos, mayor control personal y son socialmente más competentes. Por su parte, los hijos de padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Becoña, 2007).

Cabe considerar que existe una serie de condiciones familiares que favorecen la resiliencia entre los niños y jóvenes:

- Estructura y reglas claras dentro del hogar.

- Apoyo entre los cónyuges.
- Estrategias familiares de afrontamiento eficaces.
- Prácticas de cuidado y crianza efectivas.
- Interacción y apego entre padres e hijos (la presencia de una relación cálida, nutricia y de apoyo al menos con uno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de un medio adverso).
- Expectativas positivas de los padres sobre el futuro de sus hijos
- Responsabilidades compartidas en el hogar.
- Apoyo de los padres en las actividades escolares de los hijos.
- Redes familiares fuertemente extendidas y redes de apoyo externas (ej. amigos, vecinos, etc.).
- Participación de la familia en actividades extrafamiliares (iglesia, clubes, escuelas, entre otros).
- Oportunidades de desarrollo y responsabilidades extra familiares.
(Fiorentino, 2008)

La familia resiliente se desenvuelve en una dinámica de interacción positiva, basada en el afecto y el apoyo mutuo, protege a sus miembros de circunstancias negativas del entorno social y estimula la formación y la autonomía de los hijos, ayudándolos a ser competentes como futuros adultos, las familias contribuyen al desarrollo de la resiliencia; independientemente de su forma de estructuración, la familia sigue siendo el espacio de refugio en las dificultades personales y el punto de apoyo para los nuevos proyectos, en todas las etapas de la vida. No obstante, la construcción de la resiliencia trasciende el ámbito familiar hasta la comunidad, pues los individuo y las familias pueden encontrar apoyos sociales entre sus parientes, vecinos, grupos y asociaciones (Uriarte, 2005).

II.1.3.2 Instituciones educativas y resiliencia

Después de la familia, la escuela es el lugar propicio para que los alumnos experimenten las condiciones que promueven la resiliencia (Henderson y Milstein, 2005). Debido a los hallazgos encontrados en diferentes investigaciones, cada vez más se está considerando la resiliencia entre educadores y estudiantes; ésto como resultado de la cantidad de estresores a los que se enfrenta diariamente el individuo. Por lo cual, se debe fomentar una educación resiliente debido a los ambientes de riesgo en que viven actualmente los jóvenes (Bueno, 2005).

Diversos estudios han destacado el papel de la escuela, el profesor y las experiencias escolares en la construcción de la resiliencia. La escuela puede ser un contexto para el desarrollo integral y para la resiliencia de todos los alumnos, desfavorecidos o no, si es capaz de sobrepasar la mera función cognoscitiva de enseñar y aprender y se convierte en un verdadero espacio de comunicación, dando oportunidades a todos los alumnos para establecer vínculos positivos que en algunos casos compensen experiencias negativas de otros contextos sociales (Uriarte, 2006).

Para formar individuos resilientes en el ámbito escolar, resulta fundamental el desarrollo y estimulación intelectual, social y afectiva, ya que esto conforma una base sólida para poder enfrentar de manera eficaz las situaciones adversas, siendo el objetivo fundamental, la promoción de factores protectores personales con el fin de desarrollar estilos exitosos de afrontamiento. Es fundamental potenciar en los alumnos factores internos como la autonomía, la creatividad y el humor, expresado este último en la alegría y la capacidad de relacionarse con los otros (Fiorentino, 2008).

Construir la resiliencia desde las instituciones educativas requiere, sobre todo que los profesores sean profesionales resilientes, capaces de implicarse en un proyecto educativo compartido con el resto de la

comunidad, profesores, padres y alumnos que buscan expresamente el desarrollo integral de todos los alumnos y que trabajan desde la escuela contra la exclusión social. La capacidad de ocuparse de la formación de sujetos inmaduros, dependientes, necesitados de muchas cosas como suele encontrarse en las instituciones educativas y particularmente, ocuparse de personas afectadas por experiencias adversas, supone que los maestros y profesores son suficientemente resilientes, es decir, emocionalmente estables, con alta motivación al logro, buena tolerancia a la frustración, de espíritu animoso e identificados con su trabajo (Uriarte, 2006).

La resiliencia educativa tiene que ver con el aumentar la probabilidad de éxito educativo, más allá de la vulnerabilidad que viene de las experiencias y condiciones medioambientales (Acevedo y Mondragón, 2005)

Rirkin y Hoopman (1991) adaptaron una definición de resiliencia que podría utilizarse en las instituciones educativas, tiene que ver con la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad y de desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy+. Esta definición deja en claro que actualmente todo alumno, y en general toda persona, necesita desarrollar resiliencia (Henderson y Milstein, 2005).

Wolin y Wolin (1993) sobre la base de sus investigaciones en niños y jóvenes de ambientes signados por el alcoholismo y otros problemas, postulan siete características internas, que denominan las resiliencias+, como típicas tanto de los niños como de los adultos resilientes (Henderson y Milstein, 2005), que utilizan bajo el concepto de *mandala de la resiliencia* (Kotliarenco et al, 1997).

El término *mandala* significa paz y orden interno, y es una expresión empleada por los indios navajos del suroeste de los Estados Unidos, para

designar a la fuerza interna que hace que el individuo enfermo encuentre su resistencia interna para sobreponerse a la enfermedad. El **Mandala** de la resiliencia hace referencia a los pilares de la resiliencia constituidos por el conjunto de características o cualidades protectoras que tienen con frecuencia los niños y adolescentes considerados resilientes para afrontar la adversidad (Peralta et al, 2006; Kotliarenco et al, 1997).

Wolin y Wolin (1993) sostienen que, a pesar de padecer diversas clases de problemas debidos al hecho de haber crecido en ambientes disfuncionales, los individuos pueden desarrollar estas resiliencias internas, cualquiera de las cuales podría servirles, como una suerte de salvavidas, para superar todo **laño** (Henderson y Milstein, 2005). Las siete resiliencias, atributos o cualidades protectoras (Wolin y Wolin, 1993), se desarrollan a continuación:

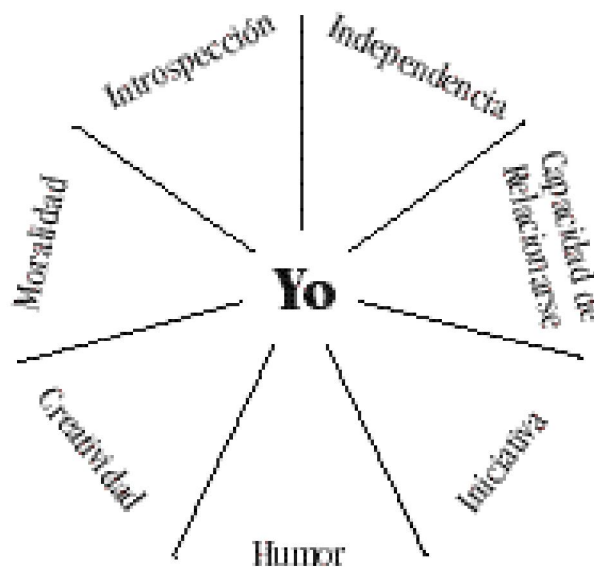


Figura N° 2. Pilares de la resiliencia.

Fuente: Kotliarenco et al (1997).

- *Introspección o insight:* Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorespuesta honesta.
- *Independencia:* es la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- *La capacidad de relacionarse:* La habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros.
- *Iniciativa:* Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- *Humor:* Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. Se mezclan el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.
- *Creatividad:* La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa en la creación y los juegos, que son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.
- *Moralidad:* Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Estudios sobre escuelas eficaces plantean dos elementos centrales para la construcción de la resiliencia en los alumnos, el afecto y la personalización. El afecto es un elemento clave, la escuela construye resiliencia a través de crear un ambiente de relaciones personales afectivas, éstas requieren docentes que posean una actitud con la cual transmitan esperanzas y optimismo, de confianza en el alumno, donde las relaciones se centren en los puntos fuertes de los alumnos. Las fortalezas de un alumno son las que lo harán pasar de una conducta de riesgo a la resiliencia, así

mismo el encasillamiento es un proceso desmotivador del cambio y para ello las personas deben creer y confiar en que poseen la fortaleza y la capacidad de hacer cambios positivos, para cada estudiante el elemento más importante para construir su resiliencia es una relación de confianza dentro de su ambiente, aunque sea con un solo adulto. Cada docente en su aula puede crear espacios de construcción de resiliencia, ambientes que también se asocian estrechamente con el éxito académico, para lo cual ellos mismos deben ser resilientes (Pulgar, 2010).

En esta perspectiva, la evidencia empírica apoya la resiliencia como referente que permita la construcción de un modelo educativo, el cual se convierta en factor clave para la prevención y/o corrección de conductas como el uso de alcohol, tabaco y otras drogas, propendiendo al cultivo de los factores resilientes. También se ha afirmado que las escuelas pueden aportar condiciones favorables para promover el cultivo de estos factores, a través de programas educativos efectivos de prevención y de promoción y currículos diseñados teniendo en cuenta el desarrollo de estos factores protectores de resiliencia. La idea es la construcción de factores resilientes en toda la comunidad educativa: alumnos, docentes, directivos, empleados (Díaz et al, 2011; Henderson y Milstein, 2005).

Un modelo educativo fundamentado en la resiliencia puede partir del esquema de la *Rueda de la Resiliencia*, propuesta por Henderson y Milstein (2005) con base en investigaciones de otros autores como Hawkins et al; 1992. Ellos proponen seis pasos para promover la resiliencia en la escuela, pero que también pueden ser aplicados a otros contextos educativos superiores como el universitario (Díaz et al, 2011).

Los pasos aparecen diagramados en la figura 3, que muestra la ***Rueda de la Resiliencia***:

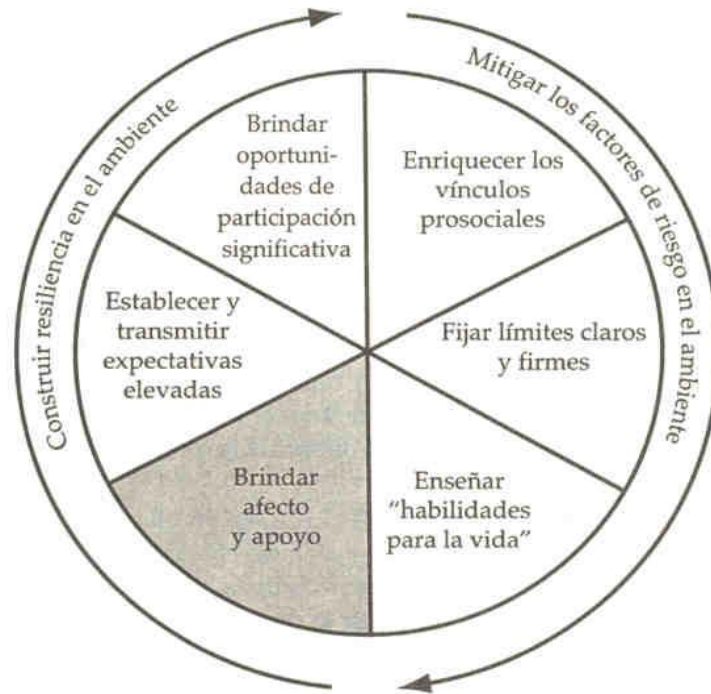


Figura N° 3. Rueda de la Resiliencia.

Fuente: Henderson y Milstein (2005).

Estos seis pasos que presenta la Rueda de la Resiliencia están recogidos en dos etapas definidas de la siguiente manera:

1. Mitigar el riesgo.
2. Construir resiliencia.

Los pasos 1 a 3, contenidos en la etapa de **mitigar el riesgo** buscan propiciar estrategias para precisamente aminorar el riesgo en la vida de los niños y jóvenes, a través de las cuales se les lleva a la resiliencia. Estos pasos son:

1. **Enriquecer los vínculos:** Esto implica fortalecer los lazos existentes entre los individuos y cualquier persona o actividad prosocial, se basa en pruebas que demuestran que los niños con fuertes vínculos afectivos positivos incurrir mucho menos en conductas de riesgo que aquellos que no los poseen.
2. **Fijar límites claros y firmes:** Ello consiste en elaborar e implementar políticas y procedimientos escolares coherentes y responde a la importancia de explicitar las expectativas de conducta existentes. Estas expectativas deben incluir la de encarar las conductas de riesgo para los alumnos las cuales deberán ser expresadas con claridad indicando los objetivos que se esperan cumplir.
3. **Enseñar habilidades para la vida:** Éstas incluyen, cooperación, resolución de conflictos, estrategias de resistencia y asertividad, destrezas comunicacionales, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, y un manejo sano del estrés. Estas estrategias, cuando se enseñan y refuerzan en forma adecuada, ayudan a los alumnos a evitar los peligros de la adolescencia, sobre todo el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. También son importantes para crear un medio que procure el aprendizaje de los alumnos y para ayudar a los adultos a participar de interacciones eficaces dentro de la escuela.

Los pasos 4 a 6, contenidos en la etapa de **construir resiliencia** buscan precisamente elementos para propiciarla. Estos pasos son:

4. **Brindar afecto y apoyo:** Esto implica proporcionar respaldo y aliento incondicionales. Por ser el más crucial de todos los elementos que promueven la resiliencia, aparece sombreado en el diagrama de Rueda de la Resiliencia. De hecho, parece casi imposible superar la adversidad sin la presencia de afecto. Este afecto no tiene que

provenir necesariamente de los miembros de la familia biológica. A menudo lo brindan docentes, vecinos y trabajadores sociales, así como otras entidades que ayudan a fortalecer la resiliencia. Los pares e inclusive hasta las mascotas pueden funcionar como constructores de resiliencia para adultos y niños.

5. Establecer y transmitir expectativas elevadas: Es importante que las expectativas sean a la vez elevadas y realistas a efectos de que obren como motivadores eficaces, pues lo que habitualmente ocurre es que muchos escolares, sobre todo los que cargan con uno o más de los incontables rótulos aplicados en la escuela, son objeto de expectativas poco realistas y asumen bajas expectativas para ellos mismos.

6. Brindar oportunidades de participación significativa. Esta estrategia significa otorgar a los alumnos, a sus familias y al personal escolar una alta cuota de responsabilidad por lo que ocurre en la escuela, dándoles oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros. Este medio de construir resiliencia está apareciendo cada vez con más frecuencia en la bibliografía sobre el cambio escolar dirigido a que la enseñanza se vuelva más *práctica*, el currículo sea más *pertinente* y *atento* al mundo real, y las decisiones se tomen más a menudo en el lugar de trabajo, con activa participación de todos los miembros de la comunidad escolar.

Al aplicar en combinación estos seis pasos, han dado como resultado en los alumnos una concepción más positiva de sí mismos, un mayor apego a la escuela, un mayor compromiso con las reglas, así como descensos en actividades delictivas y consumo de drogas (Henderson y Milstein, 2005;

Hawkins et al, 1992). Se ha constatado que estos pasos son factores cruciales para fortalecer la resiliencia en niños y adultos.

Por esta razón se busca abordar directamente el entorno de las instituciones educativas, sin dejar de lado el ambiente familiar que rodea a los estudiantes, ya que este es propiciador de comportamientos y sentimientos positivos o negativos debido a la influencia que los padres ejercen sobre ellos a través de las pautas de crianza establecidas, la conformación familiar y los ejercicios de afecto que se realizan entre los miembros (Díaz et al, 2011).

II.1.3.2.1 Instituciones educativas resilientes, emocionalmente positivas y con sentido de la vida

La psicología positiva es un término muy unido a la resiliencia. La misma se centra en lo positivo del ser humano. En palabras del Dr. Martín Seligman, el padre de esta nueva rama de la psicología, *La Psicología Positiva se basa en el supuesto que la gente quiere algo más que poner fin a sus sufrimientos. La gente quiere llevar una vida con satisfacción y sentido, cultivar lo que es mejor de ellos mismos y mejorar sus experiencias personales, familiares, de trabajo y en la comunidad. Tenemos la oportunidad de crear una ciencia y una profesión que no sólo cure daños psicológicos, sino que también desarrolle fortalezas para permitir a las personas lograr lo mejor de ellas mismas en la vida"* (Pedrals et al, 2011; Becoña, 2006).

Es decir, la Psicología Positiva busca comprender las causas y las consecuencias del bienestar psicológico en sí mismo, sin considerarlo meramente como la ausencia de estados mentales patológicos, fue definida por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), como *una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, rasgos individuales positivos e instituciones positivas que*

permiten mejorar la calidad de vida y prevenir las patologías que surgen cuando la vida es árida y sin sentido+(Becoña, 2006).

La psicología positiva, de modo semejante a la resiliencia, lo que plantea es que hay que centrarse en lo positivo. El campo de la psicología positiva se interesa a nivel subjetivo por el bienestar, contento y satisfacción, en el pasado; esperanza y optimismo, para el futuro y flujo y felicidad, en el presente. A nivel individual, la psicología positiva se enfoca en los rasgos individuales positivos, como la capacidad para el amor y la vocación, el coraje, la habilidad interpersonal, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la mente abierta, la espiritualidad, el alto talento y la sabiduría. A nivel de grupo, atañe a las virtudes cívicas y a las instituciones que mueven a los individuos a ser mejores ciudadanos como la responsabilidad, crianza, altruismo, civismo, moderación, tolerancia y ética del trabajo (Becoña, 2006; Seligman y Csikszentimihalyi, 2000).

La resiliencia ha sido incluida como uno de los constructos y modelos de la Psicología Positiva. Peterson y Seligman (2004), la consideran como un constructo que puede descomponerse en los aspectos más analíticos propuestos por la Psicología Positiva. Probablemente, el autor que más ha unido Psicología Positiva y resiliencia ha sido Ann Masten. Para Masten, la resiliencia es el sistema de características que lleva a la práctica de la Psicología Positiva. Uno de los objetivos centrales de la Psicología Positiva es el cambio positivo, el desarrollo positivo y ambos son considerados por el autor como consecuencias de la resiliencia. Desde la perspectiva de Masten, resiliencia y Psicología Positiva son dos aspectos complementarios, pero es la resiliencia la que lleva al ejercicio de la Psicología Positiva (Moreno y Gálvez, 2010).

La Psicología Positiva o, como algunos autores la han denominado, ~~la~~ ciencia de la felicidad+(Lyubomirsky, 2008) centra su interés en analizar las

fortalezas, virtudes y destrezas humanas como base para comprender los factores que contribuyen al bienestar subjetivo (Fernández y Extremera, 2009; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Por supuesto, el estudio de las virtudes y fortalezas humanas, y la comprensión de los mecanismos relacionados con la mejora del bienestar subjetivo conlleva un nexo de unión teórico con el mundo emocional. El éxito o la felicidad del ser humano se encuentran indivisiblemente unidos a la aparición de ciertos estados de ánimo o emociones particulares (generalmente de tipo positivo) que a su vez pueden conllevar a un mejor rendimiento individual (Fernández y Extremera, 2009).

Una de las áreas básicas de la Psicología Positiva es el estudio de las emociones positivas, sus precursores y consecuencias, su funcionamiento específico y su relación con otras áreas psicológicas (Hervás, 2009). Se focaliza en emociones de carácter positivo, como la felicidad, la satisfacción, el humor, la alegría, entre otras (Fernández y Extremera, 2009). Comprendiendo que la felicidad es una puerta que se abre hacia afuera (Poveda y Laforet, 2010).

Las emociones positivas serían un elemento positivo ante la adversidad y favorecedores del surgimiento de la resiliencia. A mayor nivel de felicidad, mayor protección ante la depresión y la ansiedad, y mejor perspectiva de futuro ante una situación problemática o conflictiva (Becoña, 2006).

Peterson y Seligman (2004) han tratado de sistematizar el conjunto de recursos positivos de la persona, ambos autores hablan de *“fuerzas”* (*strengths of character*) para referirse a ellas. Estos autores proponen seis virtudes generales, las cuales son: sabiduría y conocimiento, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia, que a su vez cada una de ellas agrupa a las fortalezas (Moreno y Gálvez, 2010). Por lo cual, la

Psicología Positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención, ya que como es sabido, las emociones positivas se relacionan con la salud (Becoña, 2006).

A continuación en el cuadro 2, se presentan las virtudes y fortalezas planteadas por Peterson y Seligman (2004):

Cuadro N° 2. Virtudes y fortalezas.

VIRTUDES Y FORTALEZAS					
SABIDURÍA	CORAJE	HUMANIDAD	JUSTICIA	TEMPLANZA	TRANSCENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Creatividad • Curiosidad • Apertura Mental • Deseo de aprender • Perspectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Valentía • Persistencia • Integridad • Vitalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Amor • Amabilidad • Inteligencia social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciudadanía • Equidad • Liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de perdón • Humanidad • Prudencia • Auto-regulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad estética • Gratitude • Esperanza • Humor • Espiritualidad

Fuente: Moreno y Gálvez, 2010.

Indiscutiblemente el cuadro presentado tiene una clara aplicabilidad al ámbito escolar. Las escuelas son principalmente los contextos más privilegiados para la adquisición y desarrollos de algunas de las fortalezas mencionadas, que actúan como elemento protector del individuo. Las escuelas y en general las instituciones educativas, además de conocimientos específicos e instrumentales, tienen como tarea esencial desarrollar en los niños, y jóvenes independientemente de su edad, el deseo y la capacidad para la aventura mental, la curiosidad por lo que no le han dicho, el desarrollo de la capacidad de aprender en general y la flexibilidad cognitiva suficiente para modular los planteamientos que nos presenta la realidad. Si la

institución educativa imparte conocimientos instrumentales incluso con una alta eficacia, pero fracasa en capacitar a los alumnos en estas capacidades, la evaluación final de las mismas no quedaría clara (Moreno y Gálvez, 2010).

Desde la Psicología Positiva, la escuela es el ambiente y el momento, para la fundamentación de los dos ejes de la Psicología Positiva: la felicidad y la sabiduría. Es en la escuela donde hay que comenzar a ser felices y a ser sabios, es decir, la escuela, además de transmitir habilidades instrumentales, tiene como tarea básica la de enseñar a vivir, a ser felices y sabios en nuestra vida (Moreno y Gálvez, 2010).

Las instituciones educativas son organizaciones donde la Psicología Positiva tiene enormes proyecciones, porque no sólo influyen en los alumnos durante los años de estudio, sino que dejan una huella profunda para el futuro, más allá de los logros académicos. En el modelo tradicional, la excelencia de los colegios, institutos de formación profesional y universidades ha sido evaluada exclusivamente mediante exámenes de conocimientos, tasas de graduación, formación académica del profesorado, acceso a fondos concursables, publicaciones académicas y otros parámetros similares. La educación actual orientada hacia la excelencia académica dice a sus estudiantes: *"soluciona este problema, arregla esto otro, supera tus debilidades y entonces lograrás el éxito"*. En contraste, el enfoque educacional basado en las fortalezas personales les dice: *"céntrate en tus talentos y fortalezas para corregir tus debilidades"* (Pedrals et al, 2011).

El enfoque de la Psicología Positiva valora la importancia del bienestar subjetivo para el éxito académico y el desarrollo armonioso de los estudiantes, promoviendo la implementación de programas educativos que ayuden a los estudiantes a identificar sus propios talentos, desarrollarlos y aplicarlos en un proceso de aprendizaje de excelencia y que favorezcan el desarrollo de virtudes como autoconciencia, inteligencia emocional,

autoeficiencia, resiliencia, optimismo y relaciones interpersonales. Diversas investigaciones realizadas en prestigiosas universidades han demostrado que los estudiantes que desarrollan este conjunto de características positivas, más allá de los aspectos cognitivo-intelectuales, alcanzan una mayor motivación y mejor rendimiento académico y mejor formación integral (Pedrals et al, 2011).

La Psicología Positiva plantea que los contextos se pueden modificar intencionalmente para fortalecer o mejorar las propias fortalezas individuales. Los programas preventivos o el desarrollo de instituciones educativas, emocionalmente positivas podrían facilitar la consecución de este objetivo. Es posible que los rasgos individuales positivos como coraje, perseverancia, sabiduría, amabilidad, etc, puedan ser catalogados como aspectos intrínsecos del individuo que, a priori, poco tienen que ver con el ambiente. No obstante, sin la existencia de contextos facilitadores y mantenedores de estas conductas positivas, su aparición y desarrollo en el alumnado sería muy limitada. De alguna manera, los centros educativos ayudan a promover y refuerzan la puesta en práctica de estas fortalezas positivas y afectivas (Fernández y Extremera, 2009).

Por otro lado, en la visión humanista de la educación destaca la importancia de ayudar a los alumnos para que decidan lo que son y lo que pueden llegar a ser, a partir de la comprensión de los motivos que lo impulsan para lograr algo o para ~~ser~~ de una manera determinada (Magaña et al 2004).

El sentido de la vida es, según Viktor Frankl, lo que aporta significado a nuestra vida y lo que le proporciona un soporte interno, a través de un propósito o función que llevar a cabo. Dicho sentido además, da la posibilidad de percibir el entorno como un todo con significado. Viktor Frankl sostiene que el hombre anhela encontrar significados propios, que le

permitan verse a sí mismo como una persona con una meta que cumplir a lo largo de su existencia (Moreno y Rodríguez, 2010).

Para Viktor Frankl (1991) la lucha por encontrar un significado en la propia vida constituiría la primera fuerza de motivación del hombre y sería posible encontrar dicho sentido a la vida, a pesar de las dificultades que pudieran aparecer. El sentido de la vida no sería universal para todos los seres humanos, pues difiere de un hombre a otro, cada individuo tendría que hallarlo por sí mismo en función de sus propias circunstancias, de la situación personal concreta que se le presente en determinado momento, de sus propios objetivos en la vida y de sus posibilidades reales (Rodríguez, 2008).

¶No deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto+Frankl (1991).

Hoy en día nos enfrentamos con personas, jóvenes y adultos que no saben lo que hacen ni lo que quieren en la vida, es decir, experimentan la carencia de sentido, un vacío interior (Rodríguez, 2008; Magaña et al, 2004). Cuando esto sucede en esas personas se da lo que Viktor Frankl (1991, 2003) ha llamado ~~va~~ vacío existencial+ el cual consiste en no encontrar un sentido a la propia vida, siendo el ~~va~~ vacío existencial+ o ~~fr~~ frustración existencial+ un fenómeno bastante común caracterizado por un estado de aburrimiento, apatía e inutilidad en algún momento, observándose sobre todo en los ratos libres (Rodríguez, 2008). Para Frankl (2003), el hombre existencialmente frustrado no conoce nada con lo que pueda llenar ese ~~va~~ vacío existencial+.

Estudios refieren una correlación positiva entre la presencia de un sólido sentido de vida de una persona y su capacidad para sobreponerse a las adversidades, es decir, para tolerar la frustración (García et al, 2011).

Todas las instituciones educativas, desde la escuela hasta la educación superior deben ayudar a los alumnos a decidir lo que son y lo que quieren llegar a ser. Es necesario ayudar a los estudiantes a explorar y comprender de un modo más completo lo que es su persona, el significado de su existencia, y su responsabilidad hacia los demás. Para los educadores que conciben a la educación como un proceso formativo con enfoque integral, es deseable que los alumnos encuentren el sentido de su existencia (Magaña, 2004).

La carencia de sentido de vida puede ser un indicador de desajuste emocional, puesto que, se correlaciona con estilos de vida y conductas asociadas a frustración y vacío existencial, apatía y aislamiento social, depresión, violencia y abuso de alcohol y otras drogas (García et al, 2011; Moreno y Rodríguez, 2010). Diferentes investigaciones sobre resiliencia, apoyan la idea de que el sentido de la vida actúa como un elemento protector de la psique, moderando los efectos negativos y favoreciendo la adaptación a la realidad (Moreno y Rodríguez, 2010).

La presencia de sentido en la vida es sinónimo de salud mental y física. Si un individuo se siente sano física y mentalmente, existen más probabilidades de que también goce de salud plena incluyendo lo social y espiritual. En los individuos con problemas de uso de sustancias adictivas y drogadicción, se observa una carencia del sentido de la vida, lo que lo ha llevado a la desesperada búsqueda de satisfacción en el uso de una sustancia para encontrar una respuesta, dificultando su inserción en la vida social, estudiantil, laboral, familiar y con un componente grande de insatisfacción (Gutierrez, 2009).

El sistema educativo es un elemento importante en la formación de los jóvenes en el acertado sentido de la vida, su papel primordial es preparar a los niños y jóvenes para su futuro desenvolvimiento en la sociedad y capacitarlos para la inserción laboral; creándoles capacidades y



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

habilidades suficientes para desarrollarse en todas las esferas de la vida. La formación de los individuos para el desempeño saludable debe incluir además de la formación en la familia, la de la escuela y la de las instituciones de educación superior, desde cualquiera de los niveles educativos que se encuentren, los alumnos se han de enseñar de tal manera que lleguen a ser hombres y mujeres útiles a la sociedad (Gutierrez, 2009).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

III.1 Objetivos de la investigación

III.1.1. Objetivo General:

Analizar la asociación entre la resiliencia y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela.

III.1.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, de acuerdo al período cursado de la carrera.
2. Identificar los factores de resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes- Venezuela, de acuerdo al período cursado de la carrera.
3. Determinar la presencia de patología por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, según los períodos cursados de la carrera.
4. Establecer la relación entre la resiliencia y la presencia de patología por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, según los períodos cursados de la carrera.

III.2 METODOLOGÍA

III.2.1 Tipo de Investigación:

Se realizó una investigación de campo, descriptiva, transversal, en la cual todas las variables de estudio fueron evaluadas en un único momento, con el fin de analizar las asociaciones entre ellas.

III.2.2 Población estudiada:

La población estudiada estuvo conformada por 320 estudiantes de la carrera de Licenciatura en Bioanálisis de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, los mismos fueron seleccionados de manera aleatoria, y distribuidos así, 138 estudiantes del período inicial de la carrera, 83 en el nivel medio y 99 al final de la carrera.

III.2.3 Procedimiento de recolección de datos:

Se solicitó autorización a las Autoridades y al Consejo de Facultad de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, para la aplicación de las encuestas en la población estudiantil de la Escuela de Bioanálisis.

Se seleccionaron al azar las asignaturas de la carrera de Bioanálisis, cuyos estudiantes participaron en el estudio. Estas asignaturas correspondieron al primero y segundo, quinto y sexto y octavo semestre de Bioanálisis, debido a que encuentran en el nivel inicial, medio y final de la carrera.

Una vez seleccionadas las asignaturas se informó verbalmente y por escrito a los docentes responsables de las asignaturas para acordar el horario y día de aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

El día acordado, se dictó una charla de 15 minutos a los estudiantes asistentes a esa hora. Se informó sobre la investigación a realizar, se dieron las instrucciones para el correcto llenado de las encuestas y se entregó la hoja de consentimiento informado a los participantes en el estudio, aclarando que las mismas eran anónimas, voluntarias y sus resultados se emitirían en forma global, dando cumplimiento de esta manera a los requisitos éticos y legales de toda investigación en seres humanos.

III.2.4 Variables de estudio:

Las variables fueron clasificadas en, dependientes e independientes. La variable *Resiliencia* es la variable dependiente, estimada mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson. Esta variable presenta un rango de variación entre 0 y 100 puntos, es cuantitativa de escala de intervalo, por otra parte, esta variable presenta sub-escalas que fueron construidas con las preguntas del test y transformadas en variables cuantitativas expresadas en porcentaje con rango entre 0 y 100 %, donde valores cercanos a 100% indican mayor resiliencia.

Las variables independientes estuvieron conformadas por aspectos sociodemográficos de los estudiantes como, género, edad, estado civil, procedencia y período cursado en la carrera medido como, inicio (estudiantes del primero y segundo semestre), mitad (estudiantes del quinto y sexto semestre) y final, (estudiantes del octavo semestre), además de la variable patología de consumo de drogas donde se clasifican en dependencia de

tabaco, abuso y dependencia de alcohol y otras drogas , donde se pretende evaluar el efecto de estas patologías en la resiliencia.

III.2.5 Análisis estadístico:

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el software estadístico SPSS, versión 15, cuyo análisis estadístico consistió en:

1. Estadística descriptiva, cuyos resultados se muestran mediante tablas y gráficos, con totales y porcentajes.
2. Estadísticos descriptivos como media y desviación estándar.
3. Análisis factorial para construir sub-escalas de resiliencia, así como, análisis de fiabilidad utilizando el modelo Alfa de Cronbach aplicado a las sub-escalas encontradas en el análisis factorial.
4. Comparación de los valores de resiliencias mediante análisis de varianza (ANOVA) para más de dos grupos (período de la carrera), prueba t-student para dos grupos (género, edad, dependencia de drogas), con un nivel de significación igual al 5%. Si el p_valor del estadístico es menor o igual al 0,05 se puede concluir que el resultado obtenido es estadísticamente significativo.

III.2.6 Instrumentos:

- 1- Escala de Resiliencia (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) K. M. Connor y J. R. Davidson (2003), adaptación española de B. Fernández, y F. Ramos (Meneses de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006). De la misma Connor y Davidson obtuvieron

5 factores a partir de la escala completa de 25 ítems, que denominaron :

- Competencia personal y tenacidad: 10,11,12,16,17,23,24,25.
- Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés: 6, 7, 14, 15, 18, 19, 20.
- Aceptación positiva al cambio: 1, 2, 4, 5, 8.
- Control: 13, 21, 22.
- Influencias espirituales: 3, 9.

2- Encuesta para la comunidad estudiantil sobre el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias, validada para la población venezolana, anónima, autoadministrada que cumple con los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatras (APA 1980 y 1984; Castellano y cols., 2008; Castellano, 1998; Baptista y cols., 1993; Baptista y cols., 1994). La misma consta de 60 ítems y permite el diagnóstico de abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas. Ver Anexo (Criterios para la clasificación de patología de consumo).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Características socio demográficas de los estudiantes de la Escuela de Bioanálisis de la Universidad de los Andes.

Por año académico en curso.

Para estudiar la asociación entre la resiliencia y el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, la muestra quedó conformada por 320 estudiantes de la carrera de Bioanálisis de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela, donde, del total de estudiantes bajo estudio, el 43,13% (138) se encuentran en el inicio de la carrera, el 25,94% (83) en la mitad y 30,94% (99) finalizando la misma. (Ver cuadro N° 3).

Cuadro N° 3.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis, según período cursado de la carrera

Período cursado de la carrera	Total	%
Inicio	138	43,13%
Medio	83	25,94%
Final	99	30,94%
Total	320	100,00%

Fuente: elaboración propia

Por grupo de edad y género.

De los 320 estudiantes que participaron en el estudio, el 82,20% (263) son mujeres y el 17,80%(57) hombres. Con relación a la edad, el 58,10% (186) son estudiantes con edades comprendidas entre los 17 y 21 años, el

37,80% (121) entre los 22 y 26 años y el 4,10% (13) con 27 o más años. (Ver cuadro N° 4)

Cuadro N° 4.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por género, según grupo de edad

Grupo de edad	Género				Total	%
	Hombres		Mujeres			
	Total	%	Total	%		
17 - 21	31	9,70%	155	48,40%	186	58,10%
22 - 26	22	6,90%	99	30,90%	121	37,80%
>= 27	4	1,30%	9	2,80%	13	4,10%
Total	57	17,80%	263	82,20%	320	100,00%

Fuente: elaboración propia

Por estado civil y procedencia

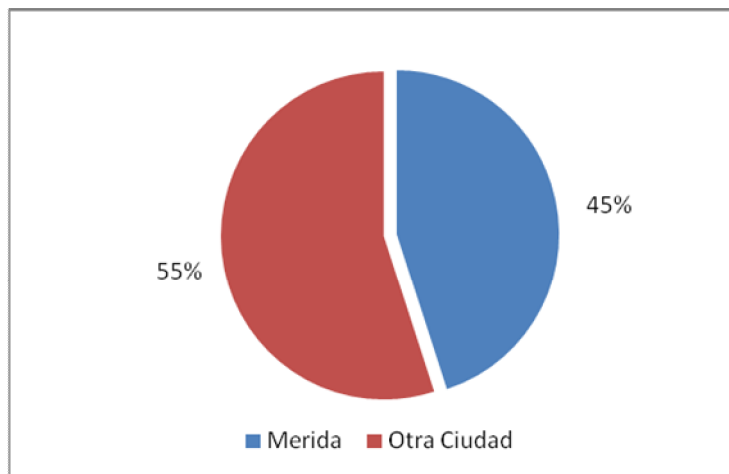
En relación al estado civil, el 92,81% de los estudiantes son solteros, el 6,88% casados, unidos o emparejados y el 0,31% divorciados. El 45% (144) son de la ciudad de Mérida y 55% (176) provienen de otras ciudades. (Ver cuadro N° 5 y gráfico N° 1).

Cuadro N° 5.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis, según estado civil

Estado Civil	Total	%
Soltero(a)	297	92,81%
Casado(a), Unido(a), Emparejado(a)	22	6,88%
Divorciado (a)	1	0,31%
Total	320	100,00%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 1.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por procedencia



Fuente: elaboración propia

2. Análisis factorial a la Escala de Resiliencia de Connor - Davidson para los estudiantes de Bioanálisis.

Para medir la resiliencia en los estudiantes de Bioanálisis, se empleó el test de Connor-Davidson, conformado por 25 preguntas de tipo Likert (0 a 4), con el cual se obtiene una escala de resiliencia total cuyo rango se encuentra entre 0 y 100 puntos; por otra parte, los autores del test definieron cinco sub-escalas de resiliencia a las cuales se les determinó la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach obteniendo los siguientes resultados; para la escala de resiliencia total (0,90), competencia personal y tenacidad (0,79), confianza en el propio instinto, fortalecimiento bajo estrés (0,78), aceptación positiva al cambio (0,68), control (0,57) y influencias espirituales (0,23). (Ver cuadro N° 6).

Con estos resultados se decidió construir nuevas sub-escalas basadas en las preguntas del test de resiliencia de Connor-Davidson, a fin de

minimizar la inconsistencia detectada en la sub-escala influencias espirituales.

Cuadro N° 6.
Fiabilidad de las escalas en el cuestionario de resiliencia de Connor - Davidson

Escala	N° de elementos	Alfa de Cronbach ()
Resiliencia total	25	0,90
Competencia personal y tenacidad	8	0,79
Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés	7	0,78
Aceptación positiva al cambio	5	0,68
Control	3	0,57
Influencias espirituales	2	0,23

Fuente: elaboración propia

Para determinar las sub-escalas se realizó un análisis factorial con rotación varimax para simplificar la interpretación de los factores, los resultados obtenidos arrojaron 6 factores con valores propios mayores a 1,00, sin embargo, las soluciones con 5 y 6 factores no presentaron una adecuada división de las cargas, es decir, de la distribución de las preguntas en los distintos factores, encontrando algunos de ellos con sólo una pregunta o elemento; en consecuencia se eligió la solución mediante 4 factores que resultó mucho más fácil de interpretar y que explica el 48,62% de variabilidad total.

Los 4 cuatro factores encontrados con sus correspondientes preguntas fueron: .1.- Competencia personal, tenacidad y control (10, 11, 21, 22, 23, 24, 25), 2.-Confianza en sí mismo (14, 15, 17, 18, 19, 20), 3.- Aceptación positiva al cambio (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9) y Optimismo (3, 12, 13, 16). (Ver cuadro N° 7)

Cuadro N° 7. Análisis factorial exploratorio de resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis

Preguntas		Factores			
		1	2	3	4
10	Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	0,55	-0,05	0,25	0,33
11	Puedo conseguir mis metas	0,72	0,14	0,19	0,25
21	Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	0,71	0,13	0,15	0,11
22	Siento que controlo mi vida	0,57	0,51	0,08	-0,09
23	Me gustan los desafíos	0,48	0,47	0,19	-0,02
24	Trabajo para conseguir mis metas	0,74	0,16	0,17	-0,14
25	Me siento orgulloso de mis logros	0,69	0,13	0,15	0,09
14	Bajo presión, me concentro y pienso claramente	-0,01	0,54	0,11	0,40
15	Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	0,13	0,49	0,18	0,41
17	Pienso que soy una persona fuerte	0,36	0,53	0,28	0,35
18	Tomo decisiones difíciles o impopulares	0,17	0,65	0,31	0,23
19	Puedo manejar sentimientos desagradables	0,15	0,72	0,24	0,11
20	Sigo los presentimientos que tengo	0,08	0,61	0,08	-0,10
1	Soy capaz de adaptarme a los cambios	0,15	0,32	0,45	-0,06
2	Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	0,12	-0,01	0,55	0,29
4	Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	0,00	0,33	0,55	0,16
5	Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	0,35	0,07	0,69	0,09
6	Veo el lado divertido de las cosas	0,15	0,28	0,55	0,11
7	Afrontar el estrés, me fortalece	0,13	0,40	0,60	-0,08
8	Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	0,14	0,34	0,44	0,21
9	Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	0,28	0,04	0,54	0,08
3	Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	-0,04	0,02	-0,02	0,56
12	Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono	0,26	0,03	0,27	0,44
13	Sé dónde acudir por ayuda	0,10	0,12	0,40	0,52
16	No me desanimo fácilmente por el fracaso	0,21	0,46	0,10	0,52
Autovalores		7,74	1,85	1,41	1,16
Varianza explicada		30,95	7,39	5,63	4,65
Varianza explicada acumulada		30,95	38,34	43,98	48,62

Fuente: elaboración propia

La consistencia interna de los factores o sub-escalas se realizó mediante el análisis de fiabilidad utilizando el modelo Alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos muestran los siguientes valores alfa: Competencia

personal, tenacidad y control 0,82, 2.-Confianza en sí mismo 0,79, 3.- Aceptación positiva al cambio 0,78 y Optimismo 0,52, es decir, estas sub-escalas presentan mejor consistencia interna para el estudio de la resiliencia de los estudiantes de la carrera de Bioanálisis. (Ver cuadro N° 8).

Cuadro N° 8.
Fiabilidad de las sub-escalas en el cuestionario de resiliencia de Connor - Davidson

Escala	N° de elementos	Alfa de Cronbach
Resiliencia total	25	0,90
Competencia personal, tenacidad y control	7	0,82
Confianza en sí mismo	6	0,79
Aceptación positiva al cambio	8	0,78
Optimismo	4	0,52

Fuente: elaboración propia

Las sub-escalas definidas anteriormente presentan alta correlación con la escala de resiliencia total, las correlaciones son: Competencia personal, tenacidad y control 0,79, 2.-Confianza en sí mismo 0,85, 3.- Aceptación positiva al cambio 0,86 y Optimismo 0,72. (Ver cuadro N° 9)

Cuadro N° 9.
Correlación entre los factores y la escala de resiliencia

	Escala de Resiliencia	F1	F2	F3	F4
Escala de Resiliencia	1	0,79**	0,85**	0,86**	0,72**
F1		1	0,54**	0,58**	0,42**
F2			1	0,63**	0,55**
F3				1	0,52**
F4					1

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

F1: Competencia personal, tenacidad y control, F2: Confianza en sí mismo; F3: Aceptación positiva al cambio y F4: Optimismo

Fuente: elaboración propia

3. Comparación de la Escala de Resiliencia entre los períodos cursados en la carrera de los estudiantes de Bioanálisis.

Con el fin de comparar los puntajes en los distintos períodos de la carrera, y poder interpretar mejor los resultados de la escala y las sub-escalas de resiliencia, los puntajes originales de cada estudiante fueron ponderados en función de las preguntas de cada sub-escala, para luego llevarlos a un porcentaje, es decir, que para la escala total y las sub-escalas el rango varía entre 0 y 100, donde valores cercanos a 100 indican mayor resiliencia.

Para comparar los valores de la escala total de resiliencia y de las sub-escalas en los distintos períodos de la carrera, se empleó el análisis de varianza con nivel de significación de 0,05. Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas en los valores de la escala y sub-escalas en los distintos períodos de la carrera, sin embargo, los estudiantes presentaron en promedio valores altos en la escala de resiliencia la cual oscila, entre 76,36% y 77,67%.

Con relación a las sub-escalas se observó que la competencia personal, tenacidad y control presentó el mayor valor para los distintos períodos de la carrera, inicio 86,52%, medio 82,53% y final 84,34%, seguidamente de la aceptación positiva al cambio con 79,78% (inicio), 78,69% (medio) y 78,82 (final) y optimismo con 72,15% (inicio), 69,88% (medio) y 72,35% (final). Por otra parte la confianza en sí mismo presentó el menor valor para los distintos años ubicándose en 68,66%, 66,27% y 71,38% para el período de la carrera inicio, medio y final respectivamente. (Ver cuadro N° 10).

Cuadro N° 10.
Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis, por período cursado de la carrera según escala y sub-escalas

Escalas y Sub-escalas	Período cursado de la carrera			P
	Inicio	Medio	Final	
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	
Escala de Resiliencia total (%)	76,36 (12,83)	77,59 (12,73)	77,67 (13,91)	0,69
Competencia personal, tenacidad y control (%)	86,52 (12,75)	82,53 (16,21)	84,34 (14,03)	0,12
Confianza en sí mismo (%)	68,66 (17,19)	66,27 (20,56)	71,38 (19,73)	0,19
Aceptación positiva al cambio (%)	79,78 (13,16)	78,69 (15,52)	78,82 (15,58)	0,82
Optimismo (%)	72,15 (16,07)	69,88 (19,65)	72,35 (19,99)	0,60

DS: Desviación estándar

Fuente: elaboración propia

Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis, por género

Con respecto al género se empleó la prueba t con un nivel de significación de 0,05, los resultados muestran que no se observó diferencias significativas para la escala de resiliencia total y para la sub-escala competencia personal, tenacidad y control, sin embargo, para las sub-escalas confianza en sí mismo, aceptación positiva al cambio y optimismo se observaron diferencias significativas con $P(0,03)$, $P(0,01)$ y $P(0,04)$ respectivamente, al observar los promedios de estas sub-escalas se tiene que los hombres presentan mayor resiliencia que las mujeres, los valores promedios de las sub-escalas son: confianza en sí mismo hombres 73,68% y mujeres 67,84%; en aceptación positiva al cambio hombres 83,83% y mujeres 78,20%; y optimismo se ubicó para los hombres en 76,21% y 70,63% las mujeres. (Ver cuadro N° 11)

Cuadro N° 11.
Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis, por género, según escala y sub-escalas

Escala / Sub-escalas	Género		P
	Hombres	Mujeres	
	Media (DS)	Media (DS)	
Escala de Resiliencia total (%)	79,11 (12,18)	76,64 (13,3)	0,20
Competencia personal, tenacidad y control (%)	87,41 (13,4)	84,25 (14,28)	0,13
Confianza en sí mismo (%)	73,68 (17,38)	67,84 (19,14)	0,03
Aceptación positiva al cambio (%)	83,83 (14,73)	78,2 (14,32)	0,01
Optimismo (%)	76,21 (20,91)	70,63 (17,54)	0,04
Tamaño de la muestra	57	263	

DS: Desviación estándar

Fuente: elaboración propia

Para determinar si las diferencias encontradas anteriormente es producto de los tamaños de la muestra entre hombres y mujeres, se procedió a realizar los análisis con un tamaño de muestra menor en las mujeres de manera que fuera del mismo tamaño de los hombres.

Los resultados obtenidos son exactamente iguales, donde, con $P(0,013)$, $P(0,002)$ y $P(0,012)$ hay diferencias significativas en las sub-escalas confianza en sí mismo, aceptación positiva al cambio y optimismo entre hombres y mujeres, los promedios de estas sub-escalas son mayores en los hombres que en las mujeres, llegando a la misma conclusión que los hombres tienen mayor resiliencia en estas sub-escalas. (Ver cuadro N° 12).

Cuadro N° 12.
Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por género, según escala y sub-escalas (muestras iguales)

Escala	Género		P
	Hombre	Mujer	
	Media (DS)	Media (DS)	
Escala de Resiliencia (%)	79,11 (12,18)	77,61 (12,32)	0,52
Competencia personal, tenacidad y control (%)	87,41 (13,4)	83,21 (12,84)	0,09
Confianza en sí mismo (%)	73,68 (17,38)	64,69 (20,50)	0,013
Aceptación positiva al cambio (%)	83,83 (14,73)	75,00 (14,95)	0,002
Optimismo (%)	76,21 (20,91)	67,11 (16,68)	0,012
Tamaño de la muestra	57	57	

DS: Desviación estándar

Fuente: elaboración propia

Con relación a la comparación por género en los períodos cursados de la carrera, se tiene para el período inicial diferencias significativas en las sub-escalas competencia personal, tenacidad y control $P(0,01)$, confianza en sí mismo $P(0,00)$, aceptación positiva al cambio $P(0,03)$ y optimismo $P(0,00)$, donde los hombres presentaron mayor resiliencia con respecto a las mujeres en dichas sub-escalas. Por otra parte, para los estudiantes que se

encuentran finalizando la carrera, se encontró diferencias significativas en la sub-escala aceptación positiva al cambio $P(0,03)$ donde los hombres presentan mayor resiliencia que las mujeres. Para los estudiantes que se encuentran en la mitad de la carrera no se observó diferencias significativas para la escala de resiliencia y las sub-escalas. (Ver cuadro N° 13).

Cuadro N° 13.
Comparación de la resiliencia por género de los estudiantes de Bioanálisis, según período cursado de la carrera, escala y sub-escalas

Período cursado de la carrera / Escala / Sub-escala	Género		P
	Hombre	Mujer	
	Media (DS)	Media (DS)	
Inicial			
Escala de Resiliencia (%)	80,39 (10,04)	74,43 (11,34)	0,07
Competencia personal, tenacidad y control (%)	91,15 (8,74)	83,85 (10,43)	0,01
Confianza en sí mismo (%)	76,09 (12,58)	59,96 (19,33)	0,00
Aceptación positiva al cambio (%)	85,46 (13,35)	77,17 (11,4)	0,03
Optimismo (%)	77,17 (13,93)	64,95 (12,32)	0,00
Medio			
Escala de Resiliencia (%)	75,77 (13,24)	82,92 (11,63)	0,16
Competencia personal, tenacidad y control (%)	82,42 (18)	82,69 (20,09)	0,97
Confianza en sí mismo (%)	72,12 (19,94)	64,74 (23,55)	0,40
Aceptación positiva al cambio (%)	81,25 (19,14)	74,76 (17,37)	0,37
Optimismo (%)	71,15 (28,01)	70,19 (16,37)	0,92
Final			
Escala de Resiliencia (%)	79,76 (13,77)	77,81 (13,14)	0,64
Competencia personal, tenacidad y control (%)	86,39 (13,81)	82,82 (9,95)	0,34
Confianza en sí mismo (%)	72,02 (20,55)	69,84 (19,49)	0,73
Aceptación positiva al cambio (%)	83,63 (13,58)	72,77 (17,06)	0,03
Optimismo (%)	78,27 (22,76)	67,56 (20,97)	0,12

DS: Desviación estándar

Fuente: elaboración propia



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis, por edad

Para la comparación de la resiliencia con respecto al grupo de edad en los distintos períodos de la carrera, se establecieron dos grupos de estudiantes menores o iguales a 21 años y los mayores de 21 años. Los resultados muestran para el inicio de la carrera diferencias significativas para la sub-escala confianza en sí mismo con $P(0,04)$, donde los estudiantes mayores de 21 años presentan mayor resiliencia (77,34%) con respecto a los menores o iguales a 21 años (67.67%), no se observaron diferencias en la escala general y el resto de las sub-escalas. Para los periodos medio y final, no se encontraron diferencias significativas. (Ver cuadro N° 14).

Cuadro N° 14.
Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis, por grupo de edad según período cursado de la carrera, escala y sub-escalas

Período de la carrera / Escala /Sub-escala	Grupo de Edad		P
	m21	> 21	
	Media (DS)	Media (DS)	
Inicio			
Escala de Resiliencia	75,94 (13,11)	80,00 (9,70)	0,26
Competencia personal, tenacidad y control	85,89 (12,8)	92,09 (11,22)	0,08
Confianza en sí mismo	67,67 (17,25)	77,38 (14,41)	0,04
Aceptación positiva al cambio	79,51 (13,15)	82,14 (13,51)	0,48
Optimismo	72,18 (16,03)	71,88 (17,12)	0,95
Medio			
Escala de Resiliencia	78,32 (11,8)	76,64 (13,97)	0,56
Competencia personal, tenacidad y control	84,80 (15,25)	79,56 (17,15)	0,15
Confianza en sí mismo	68,71 (19,37)	63,08 (21,89)	0,22
Aceptación positiva al cambio	81,32 (12,47)	75,26 (18,4)	0,10
Optimismo	72,21 (19,88)	66,84 (19,18)	0,22
Final			
Escala de Resiliencia	72,07 (19,2)	78,67 (12,63)	0,22
Competencia personal, tenacidad y control	86,43 (12,01)	83,97 (14,39)	0,53
Confianza en sí mismo	74,72 (17,43)	70,78 (20,15)	0,48
Aceptación positiva al cambio	81,67 (14,93)	78,31 (15,72)	0,45
Optimismo	78,33 (19,75)	71,28 (19,96)	0,21

DS: Desviación estándar

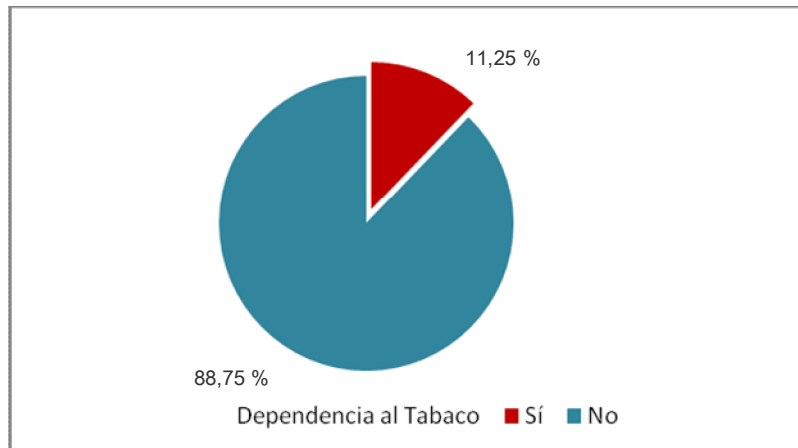
Fuente: elaboración propia

4. Comparación de la Escala de Resiliencia entre la patología de consumo (alcohol, tabaco y otras drogas) de los estudiantes de Bioanálisis

Los estudiantes bajo estudios fueron evaluados mediante un cuestionario para determinar la presencia de patología por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Es importante señalar que no se observaron relaciones entre las patologías de consumo y el período cursado de la carrera.

El 11,25% (36) de los estudiantes presentan dependencia del tabaco. (Ver gráfico N° 2)

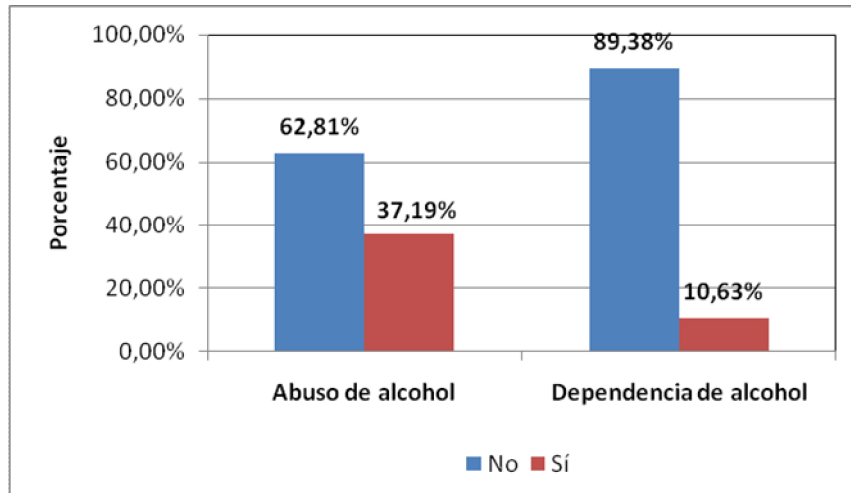
Gráfico N° 2.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por dependencia de tabaco



Fuente: elaboración propia

De los 320 estudiantes entrevistados, el 37,19% (119) abuso en el consumo de alcohol, sin embargo, el 10,63% (34) tiene dependencia en el consumo de alcohol. (Ver gráfico N° 3)

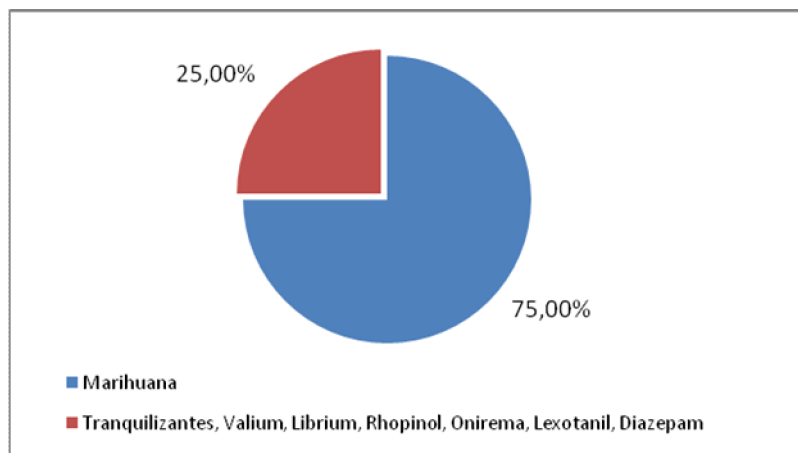
Gráfico N° 3.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis por abuso o dependencia de alcohol



Fuente: elaboración propia

El 1,56% (5) de los estudiantes abuso en el consumo de otras drogas y el 1,25% (4) tiene dependencia de otras drogas, donde el 75% (3) consume marihuana y el 25% (1) Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil y Diazepam. (Ver gráfico N° 4).

Gráfico N° 4.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis con dependencia de otras drogas



Fuente: elaboración propia

En relación a la distribución de los estudiantes que presentaron abuso en el consumo de drogas, en los distintos períodos de la carrera, se tiene que, para el abuso de alcohol, el 41,18% (49) corresponden al inicio, el 24,37% (29) al nivel medio y el 34,45% (41) al período final de la carrera. Por otra parte, los estudiantes con abuso de otras drogas, el 20% (1) pertenecen al inicio, el 40% (2) al nivel medio y 40% (2) al final de la carrera. (Ver cuadro N° 15)

Cuadro N° 15.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis, por abuso en el consumo de drogas, según período cursado de la carrera

Período cursado de la carrera	Abuso en el consumo de:			
	Alcohol		Otras drogas	
	Total	%	Total	%
Inicio	49	41,18%	1	20,00%
Medio	29	24,37%	2	40,00%
Final	41	34,45%	2	40,00%
Total	119	100,00%	5	100,00%

Fuente: elaboración propia

De los estudiantes que presentaron dependencia a las drogas, se observó para la dependencia al tabaco que el 41,67% (15) son estudiantes del inicio de la carrera, 13,89% (5) del nivel medio y 44,44% (16) del período final. Con relación a la dependencia del alcohol el 38,24% (13) son del inicio, el 23,53% (8) nivel medio y 38,24% (13) del final de la carrera. Para finalizar 100% (3) estudiantes presentaron dependencia a la marihuana y estos corresponden al período final y sólo un estudiante con dependencia a tranquilizantes que se encuentra en el inicio de la carrera. (Ver cuadro N° 16)

Cuadro N° 16.
Distribución de los estudiantes de Bioanálisis, por dependencia de drogas, según período cursado de la carrera

Período cursado de la carrera	Dependencia							
	Tabaco		Alcohol		Marihuana		Tranquilizantes	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Inicio	5	41,67%	13	38,24%	0	0,00%	1	100,00%
Medio	5	13,89%	8	23,53%	0	0,00%	0	0,00%
Final	16	44,44%	13	38,24%	3	100,00%	0	0,00%
Total	36	100,00%	34	100,00%	3	100,00%	1	100,00%

Fuente: elaboración propia

Para comparar la resiliencia entre los estudiantes con patologías de consumo de alcohol y tabaco se procedió a realizar la prueba t con nivel de significación de 0,05.

En relación a la dependencia o no al tabaco, se tiene con P (0,03) diferencias significativas en la sub-escala competencia personal, tenacidad y control, donde los estudiantes con dependencia presentaron menor resiliencia en esa sub-escala con un promedio de 79,96% con respecto a los estudiantes no dependientes, cuyo promedio se ubicó en 85,43%. Para la escala total y el resto de las sub-escalas no se observaron diferencias significativas. (Ver cuadro N° 17).

Cuadro N° 17.
Comparación de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis por dependencia de tabaco, según escala y sub-escalas

Escala/Sub-escala	Dependencia de tabaco		P
	No	Sí	
	Media (DS)	Media (DS)	
Escala de Resiliencia	76,77 (12,86)	79,53 (15,01)	0,24
Competencia personal, tenacidad y control	85,43 (13,76)	79,96 (16,43)	0,03
Confianza en sí mismo	68,96 (19,19)	68,29 (17,14)	0,84
Aceptación positiva al cambio	79,29 (14,77)	78,47 (12,65)	0,75
Optimismo	71,63 (18,58)	71,53 (15,91)	0,97

DS: Desviación estándar

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la dependencia o no al consumo de alcohol, se observaron diferencias significativas en la sub-escala competencia personal, tenacidad y control con P(0,04), donde los estudiantes con dependencia en el consumo de alcohol presentaron menor resiliencia en esa sub-escala, en relación a los estudiantes sin esta patología de consumo. (ver cuadro N° 16)

Cuadro N° 18.
Comparación de la resiliencia por dependencia de alcohol, según escala y sub-escalas, estudiantes de Bioanálisis

Escala	Dependencia de alcohol		P
	No	Sí	
	Media (DS)	Media (DS)	
Escala de Resiliencia	77,1 (12,97)	76,94 (14,59)	0,95
Competencia personal, tenacidad y control	85,35 (13,7)	80,25 (17,1)	0,04
Confianza en sí mismo	69,32 (18,52)	65,2 (22,16)	0,23
Aceptación positiva al cambio	79,11 (14,42)	79,96 (15,62)	0,75
Optimismo	71,96 (17,78)	68,75 (22,08)	0,33

DS: Desviación estándar

Fuente: elaboración propia

Los resultados anteriores asociados a la dependencia de tabaco y alcohol, muestran que los estudiantes de Bioanálisis con estas patologías tienen menor resiliencia en la sub-escala Competencia personal, tenacidad y control.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se discutirán los resultados obtenidos en esta investigación en base a los objetivos planteados, relacionándolos y comparándolos con los resultados de otros estudios realizados en poblaciones parecidas a la nuestra, donde utilizan instrumentos de medición similares, tomando en cuenta los escasos antecedentes sobre resiliencia y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios, lo cual hace resaltar la originalidad de esta investigación:

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que a pesar de no haber diferencias significativas en los valores de la escala de resiliencia total y en las sub-escalas en los distintos períodos cursados de la carrera, los estudiantes presentaron en promedio valores altos en la escala de resiliencia total, los cuales oscilan entre 76,36% y 77,67%.

En cuanto a los resultados derivados del análisis factorial realizado a la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) K.M Connor y J.R Davidson (2003), adaptación española de B. Fernández y F. Ramos (Meneses de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006) la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, en los distintos períodos de la carrera se halla representada por cuatro factores o sub-escalas y de acuerdo con los valores arrojados por cada uno de ellos, en primer lugar se encuentra la Competencia personal, tenacidad y control, la cual presentó el mayor valor con relación a las demás, seguida de la Aceptación positiva al cambio, en tercer lugar el Optimismo y por último la Confianza en sí mismo, la cual fue el factor que presentó el menor valor para los distintos períodos cursados por los estudiantes. Estas sub-escalas presentan mayor consistencia interna

para el estudio de la resiliencia de los estudiantes de Bioanálisis según el Alfa de Cronbach realizado, a diferencia de las presentadas originalmente por los autores, lo que permitió obtener resultados más óptimos.

A partir de estos resultados se puede señalar que los estudiantes de Bioanálisis superan las adversidades y todas las situaciones que implica estar dentro del ambiente universitario, la exposición permanente a diversos factores de riesgo psicosociales, los niveles de estrés y vulnerabilidad a que se enfrentan, a través de la aplicación de características resilientes individuales basadas en la competencia personal, la tenacidad, el control y la aceptación positiva al cambio y que en menor medida recurren al optimismo y la confianza en sí mismos.

Por otra parte, es importante resaltar que con respecto al género, se encontró que no hay diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de resiliencia total entre hombres y mujeres, coincidiendo con otros estudios como los realizados por Saavedra y Villalta, 2008; y Prado y Del Águila, 2003.

Las investigaciones relacionadas con la resiliencia han reportado consistentemente que el hecho de pertenecer al género femenino se considera como una variable protectora, mientras que se ha observado una mayor vulnerabilidad al riesgo en los hombres (Kotliarenco et al, 1997), como se observó en el estudio realizado por Álvarez y Cáceres, 2010 y Cordini, 2005, donde las mujeres resultaron más resilientes que los hombres. Sin embargo, en los estudios realizados por González et al, 2008 y Matta, 2005, los hombres muestran mayores niveles de resiliencia que las mujeres. Se puede notar así, que la población analizada en esta investigación, presenta una diferencia importante en relación al género, con respecto a otras encontradas en la literatura.

Sin embargo, de acuerdo a los períodos cursados de la carrera se hallaron diferencias significativas en los períodos inicial y final en las diferentes sub-escalas, a favor del género masculino. Así, se tiene que los hombres al inicio de la carrera presentaron mayores valores que las mujeres en las medias de las cuatro sub-escalas (Competencia personal, tenacidad y control, Confianza en sí mismos, Aceptación positiva al cambio y Optimismo) y al final de la carrera se observa como los hombres obtienen un valor mayor que las mujeres en la media de la sub-escala Aceptación positiva al cambio.

Resulta llamativo el hecho de que al inicio de la carrera los hombres se muestran con mayor capacidad para adaptarse a los cambios, confianza en sí mismos, optimistas, a pesar de ser la etapa inicial donde todavía los estudiantes están viviendo la adolescencia que, como se sabe, es un largo proceso de crecimiento y maduración donde el individuo está en busca de un sentido coherente de existencia, de integridad e independencia (García, 2009).

De igual forma, los hombres en la etapa final muestran mayor Aceptación positiva al cambio, en este caso la mayoría de los estudiantes ha superado la adolescencia, en los jóvenes se les percibe mayor maduración con relación a su proyecto vocacional, lo que se confirma al encontrar que los estudiantes mayores a 21 años en la etapa inicial presentan el mayor valor en la sub-escala de Confianza en sí mismos con respecto a los menores o iguales a 21 años. Coincidiendo con los resultados del estudio de Becoña et al, 2006, los cuales indican un incremento de la resiliencia con la edad, siendo factores como la maduración de las personas, las experiencias vitales y mayor integración social los que explican ese incremento. Tal como lo señala en su estudio Cordini, 2005, los adolescentes con más edad se muestran más resilientes que los menores. A diferencia de las investigaciones realizadas por Álvarez y Cáceres, 2010 y Saavedra y Villalta, 2008.

A su vez, la alta Aceptación positiva al cambio en la etapa final de la carrera, un período trascendental, puede deberse a que es en esa etapa donde los estudiantes se encuentran muy cerca de la realización de actividades novedosas dentro de la estructura curricular de la carrera, debido a que se les aproxima el período de cumplimiento de las Prácticas Profesionales Finales (Pasantías finales), las cuales tienen la oportunidad de realizar en centros asistenciales de las diferentes ciudades de Venezuela e inclusive efectuar Prácticas Profesionales Especiales en diferentes instituciones asistenciales y de investigación a nivel mundial. De hecho, a los estudiantes esa situación los motiva enormemente, se muestran entusiasmados y mucho más competentes, pues desarrollarán la última etapa de su carrera en ambientes totalmente distintos a la Universidad, y allí aplicarán los conocimientos, las habilidades y destrezas obtenidas durante toda la carrera, mostrándose en este sentido una diferencia significativa a favor de los hombres.

Se puede suponer que en la etapa final de la carrera la resiliencia en los estudiantes de Bioanálisis tiene que ver con el fortalecimiento de su autonomía cuyo aprendizaje se ha dado desde su infancia y que en esa fase de la carrera podrán tener la oportunidad de comenzar a realizar actividades con objetivos distintos a los que habían venido desarrollando de manera responsable, y que progresivamente darán sentido y forma a sus proyectos vitales (Saavedra y Villalta, 2008).

Lo anterior permite apreciar como ya se ha estudiado, que la resiliencia va a depender de la interacción del individuo con su ambiente más inmediato, lo cual indicaría que es modificable, no es estática (Becoña et al, 2006), es un proceso dinámico, un atributo que se desarrolla en el tiempo y que puede ser promovido y aprendido por todos (Acevedo y Modragón, 2005).

Por su parte, González et al, 2008 consideran que a pesar de los cambios generados a lo largo de los años en el mundo, en lo que a libertad de género se refiere, la mujer en ciertas circunstancias puede mostrar conductas de dependencia para sentirse segura y resolver los problemas que se le presentan; sin embargo, el hombre sigue siendo un ser deseoso de su independencia y en busca de la soledad como una vía hacia la reflexión para sobresalir ante la adversidad, y si bien se mueve con base en su ambiente y en las relaciones interpersonales, no necesita de ellos necesariamente para poder afrontar sus problemas, lo que podría deberse al aprendizaje social.

Por otra parte, se determinó la presencia de patología de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los estudiantes de Bioanálisis, donde el abuso en el consumo de alcohol se observó principalmente en el inicio 41,18% (49) y final 34,45% (41) de la carrera y el abuso de otras drogas en el período medio 40% (2) y final de la carrera 40 % (2).

En cuanto a la dependencia a drogas los mayores porcentajes se registraron en el período inicial y final de la carrera, observando dependencia de tabaco 41,67% (15) en el inicio, y al final 44,44% (16), de alcohol 38,24% (13) al inicio y final de la carrera, de Marihuana el 100% (3) al final de la carrera y tranquilizantes 100% (1) al inicio de la carrera. Estos resultados muestran que en cuanto a patologías de consumo de drogas en los estudiantes, el mayor porcentaje de casos se observa en el período inicial y final de la carrera, a diferencia de los hallazgos reportados en el estudio de Baptista et al, 1994.

A su vez, en relación a patología de consumo de drogas se tiene que, de los 320 estudiantes en toda la carrera (período inicial, medio y final) el abuso de drogas se observó en primer lugar al alcohol y en segundo lugar otras drogas, siendo estos resultados semejantes a los hallados por Castellano et al, 2008. Por su parte, la dependencia a drogas se observó en

primer lugar al tabaco, en segundo lugar al alcohol y en menor porcentaje a la marihuana y tranquilizantes, estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio de Ángeles et al, 2003.

Es importante resaltar, que al comparar la resiliencia de los estudiantes con las patologías de consumo de alcohol y tabaco, a pesar que no hubo diferencias significativas en la escala de resiliencia total, se observaron diferencias significativas en la subescala Competencia personal, tenacidad y control al comparar los estudiantes dependientes y no dependientes, es decir, los estudiantes con dependencia de tabaco presentaron menor valor en Competencia personal, tenacidad y control, que los no dependientes, igual ocurrió con los estudiantes dependientes de alcohol, quienes mostraron menor valor en esa sub-escala con relación a los estudiantes no dependientes de alcohol. A su vez, en el estudio de Vidal et al, 2010, se identificó a Habilidades de autocontrol como un factor de protección en el consumo de drogas en estudiantes universitarios. De hecho, en la investigación de Becoña et al, 2006, sobre resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes, se puede apreciar que los que tienen la mayor puntuación en resiliencia, o en sus escalas derivadas de competencia personal, son los que no consumen alcohol o beben poco. Por su parte, en el estudio de Moral et al, 2010, se evidenció que los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas presentan un perfil diferencial respecto a los no consumidores en factores relativos a mayor permisividad actitudinal, inestabilidad emocional, entre otras.

Un estudio realizado por Córdova et al, 2005, en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas reportó que los jóvenes que no consumen drogas son los que reúnen un mayor número de características resilientes, además que los jóvenes no usuarios perciben un mayor control frente a situaciones que pueden representar un riesgo para el consumo, mientras que los usuarios

tienden a percibirse con un menor autocontrol ante estas situaciones, a su vez manifiestan una mayor curiosidad por experimentar nuevas sensaciones.

De igual manera, los resultados obtenidos por García y Días, 2007, en estudiantes de educación secundaria, el factor Control de impulsos, es mayor y estadísticamente significativo en los alumnos que no consumen cocaína, crack u otro tipo de drogas.

Por otro lado, en investigaciones realizadas por Rodríguez et al, 2010, donde se comparó la presencia de factores de resiliencia entre estudiante de educación media básica, usuarios y no usuarios de drogas, mostró resultados con índices de resiliencia significativamente más bajos entre usuarios de drogas, en especial con respecto a control de impulsos, y al igual que en este estudio los resultados muestran que los estudiantes no dependientes de drogas cuentan con más recursos y habilidades individuales de ajuste, lo que se podría interpretar con una mayor resiliencia, dado que lograron evitar la dependencia de drogas ante la situación de riesgo en la que se encontraban.

López et al, 2003, han mostrado que el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que si un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta.

De acuerdo a lo anterior, se evidencia que en los estudiantes de Bioanálisis que presentaron dependencia de tabaco y alcohol se ve afectado un factor de resiliencia muy importante como es la Competencia personal, tenacidad y control, por lo tanto se ve disminuida la resiliencia en estos estudiantes.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación, los resultados y el análisis e interpretación de los mismos, se concluye lo siguiente:

En la población estudiada predomina el género femenino, solteros, provienen de otras ciudades, se encuentran en edades entre 17 y 38 años.

Aunque no hubo diferencias significativas en los valores de la escala de resiliencia total y en las sub-escalas en los distintos períodos de la carrera, los estudiantes de Bioanálisis presentan valores altos de resiliencia.

En cuanto a los resultados derivados del análisis factorial realizado a la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) K.M Connor y J.R Davidson (2003), adaptación española de B. Fernández y F. Ramos (Meneses de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006) los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, engloban la resiliencia en cuatro sub-escalas que de acuerdo a los valores obtenidos en cada una de ellas, en los tres períodos de la carrera, se tiene : 1-Competencia personal, tenacidad y control, 2-Aceptación positiva al cambio, 3-Optimismo y por último, 4-Confianza en sí mismo.

Con relación al género se encontró que no hay diferencias significativas en las puntuaciones totales de resiliencia, y en la sub-escala Competencia personal, tenacidad y control, sin embargo, se hallaron diferencias significativas en las sub-escalas, Confianza en sí mismo, Aceptación positiva al cambio y Optimismo a favor de los hombres.

Con respecto a las etapas inicial y final de la carrera, se pudo observar diferencias significativas donde los hombres obtuvieron mayores valores que

las mujeres en las cuatro sub-escalas en la etapa inicial y diferencias significativas en la sub-escala Aceptación positiva al cambio al final de la carrera.

Con lo cual, pudiera calificarse a los estudiantes de Bioanálisis como individuos resilientes, pues, esos factores o fuerzas personales presentes en ellos son los que en diversos estudios han mostrado que les permiten a los individuos salir adelante. Donde los estudiantes pertenecientes al género masculino presentan un mayor número de características resilientes, que les permiten enfrentar y sobrellevar las situaciones adversas y de riesgo dentro del ambiente universitario.

A pesar que la sub-escala Confianza en sí mismo arrojó el menor valor para las distintas etapas de la carrera, con respecto a la edad de los estudiantes, los mayores a 21 años en la etapa inicial presentaron en esta sub-escala diferencias significativas, donde los mayores a 21 años presentaron mayores valores, con relación a los menores o iguales a 21 años, lo que hace pensar que la edad es un factor importante en el desarrollo de ésta característica resiliente en los estudiantes de Bioanálisis en una etapa de la carrera tan determinante como es la inicial; Esto sugiere que la resiliencia es un proceso acumulativo en el desarrollo de una persona con sentido de confianza y seguridad.

Con respecto a la presencia de patología por consumo de drogas en los estudiantes, en cuanto al abuso, el mayor porcentaje correspondió al alcohol, comparado con el abuso en el consumo de otras drogas. En cuanto a la dependencia de drogas, el mayor porcentaje correspondió al tabaco, seguido del alcohol, y en menor porcentaje a otras drogas, y de acuerdo con el período cursado de la carrera, en la etapa inicial y final de la carrera es donde principalmente se muestran las patologías de consumo de alcohol,

tabaco y otras drogas en los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela.

Por otra parte, es importante destacar, que en relación a la dependencia o no de tabaco o alcohol, no se observaron diferencias significativas para la escala de resiliencia total, sin embargo, se obtuvo diferencias significativas con relación a la sub-escala Competencia personal, tenacidad y control, es decir, que en los estudiantes dependientes de tabaco o alcohol se ven disminuidas sus características resilientes y sus factores protectores, y en la medida que se ven reducidos sus niveles de autocontrol, aumenta la posibilidad de consumo de drogas. Por su parte, la competencia es un concepto muy importante unido a la resiliencia, pero, hay que considerar el hecho que cuando algo es legal como el consumo de tabaco y alcohol en Venezuela, puede ser mucho más difícil para las personas, en este caso los estudiantes de Bioanálisis, ser competentes en algo que va en contra de la norma.

En esta investigación se evidencia al igual que en otros estudios que existe una consistente relación entre tener una mayor resiliencia y consumir menos drogas.

Los resultados de esta investigación muestran la utilidad del constructo resiliencia para explicar la presencia de patologías de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela, y su potencialidad para ser utilizado en programas preventivos no sólo a nivel universitario, sino a nivel familiar, escolar y comunitario, y de esa manera construir instituciones saludables.

RECOMENDACIONES

En vista de los hallazgos de este estudio, con relación a la resiliencia y la presencia de patología de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los estudiantes de Bioanálisis, y en virtud de la responsabilidad que tiene la universidad ante el fenómeno de las drogas, que como se sabe, cada día afecta más a los estudiantes universitarios y a la población venezolana en general, se hace evidente la conveniencia de llevar a cabo tareas de prevención en los estudiantes de Bioanálisis, en virtud, que es un grupo que presenta condiciones de riesgo particulares, aunque también cuenta con recursos de protección como ya se ha demostrado en el presente estudio.

De tal manera, que considerando lo complejo que puede resultar la promoción de entornos saludables especialmente en las instituciones de educación superior, en primera instancia, podría recomendarse la aplicación de estrategias preventivas orientadas al fortalecimiento de las características resilientes identificadas en los estudiantes y a su vez fomentar la adquisición o el desarrollo de factores protectores, como la confianza en sí mismos, el optimismo y el desarrollo de habilidades para el control de impulsos, y una mayor capacidad de afrontamiento de problemas propios de adolescentes y jóvenes, para propiciar un mejor ajuste y desempeño en los estudiantes, elementos que de acuerdo a los resultados obtenidos, contribuyen en mayor medida a la resiliencia frente al riesgo de uso de drogas.

Para ello, en la Escuela de Bioanálisis y en la Universidad de Los Andes en general, es inminente la creación de programas de prevención integral que contribuyan a disminuir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los estudiantes.

De manera que, sería interesante aplicar estrategias, basadas en la Rueda de la Resiliencia, propuesta por Henderson y Milstein (2005), en vista de que ésta se ha convertido en una herramienta heurística útil en numerosas instituciones educativas, con la cual se busca propiciar mitigar el riesgo, en este caso el consumo de drogas de los estudiantes, y a su vez utiliza elementos para construir resiliencia, por supuesto ello requeriría la participación e implicación de los estudiantes, profesores y el resto de la comunidad universitaria, teniendo que ser complementada por resultados concretos que demuestren cambios positivos y duraderos en los estudiantes y en la comunidad universitaria en general.

Por otra parte, es recomendable instituir Centros con la finalidad de desarrollar la prevención en el campo de drogas. Para lo cual, un Centro que pudiera servir de referencia para la creación en la Universidad de los Andes y en otras instituciones universitarias de Venezuela, es el Centro de Estudios Sobre el Problema de las Drogas de la Universidad de Carabobo (CEPRODUC), el cual viene desarrollando desde los años 90, programas de prevención dirigidos a la comunidad universitaria, donde uno de los programas es la formación de jóvenes en el ámbito estudiantil, en el cual se les da la preparación necesaria para que sirvan de grupos de ayuda y apoyo a sus compañeros universitarios. También lleva a cabo programas de educación preventiva a través de la promoción de salud en el personal administrativo y obrero de la universidad, además, desarrolla programas de prevención en el ámbito de escuelas públicas, entre otros; ello en coordinación con la Oficina Nacional Antidrogas (ONA). Cuya finalidad es minimizar factores de riesgo, fortalecer los factores protectores, formar ciudadanos, profesionales y especialistas capaces de fomentar estilos de vida saludables y socialmente pertinentes (Chacón, 2002).

En relación a la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) K.M Connor y J.R Davidson (2003), adaptación española de B. Fernández y F. Ramos (Meneses de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006) se considera que es adecuada para la medición de la resiliencia en estudiantes, sin embargo, se recomienda que al igual que en estudios anteriores reportados en la literatura, para ser aplicada la Escala de Resiliencia, se deben considerar las características propias de la población en estudio, para realizar los agrupamientos de las preguntas y construir las sub-escalas, a fin de minimizar las inconsistencias que se pudieran detectar en las mismas, para así lograr resultados confiables y acordes con la población. Tal como se realizó en este estudio de resiliencia en los estudiantes de la carrera de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, V. y Mondragón, H. (2005). Resiliencia y escuela. *Pensamiento Psicológico*. Vol.1, N° 5, pp. 21-35.
- Aizpiri, J., Barbado, J., Cañones, P., Fernández, A., Goncalves, F., Rodríguez, J., De la Serna, I y Solla, M. (2002). Trastornos por sustancias de abuso (y III): otras drogodependencias. *Medicina General*. Vol. 48, pp. 814-823.
- Álvarez, L. y Cáceres, L. (2010). Resiliencia, rendimiento académico y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 18, N° 2, pp. 37-46.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Andrade, J. y Álvarez, F. (2001). Toxicología. Consideraciones históricas, evolución, enseñanza y desarrollo en Venezuela. Caracas: Edición de la Biblioteca EBUC.
- Ángeles, F., Hernández, R y Baptista, T. Uso patológico de tabaco y alcohol en estudiantes universitarias. 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2003.
- Arias, T. (1999). Glosario de Medicamentos: desarrollo, evaluación y uso. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Baptista T. y Uzcátegui, E. (1993) Substance abuse and dependence in physicians: an overview among resident doctors in Venezuela. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol 32, 127-132.
- Baptista T., Novoa D. y Hernández, R. (1994) Substance use among Venezuelan medical and pharmacy students. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 34, pp. 121-127.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, España: Ministerio del interior.

- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 11, N° 3, pp. 125-146.
- Becoña, E., Míguez, M., López, A., Vázquez, M. y Lorenzo, M. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y drogas*. Vol. 6, N° 001, pp. 89-111.
- Becoña, E., Míguez, M., López, A., Vázquez, M. y Lorenzo, M. (2006). Resiliencia y consumo de tabaco en jóvenes. *Prevención del tabaquismo*. Vol. 8, N° 3, pp. 98-107.
- Becona, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 28, N° 1, pp. 11-20.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*. Vol. 19, N° 1, pp. 89-101.
- Becoña, E. (2008). La resiliencia. *Dianova*. N° 11, pp. 3-5.
- Buchanan, J. y Pillon, S. (2008). Uso de drogas entre estudiantes de medicina, Tegucigalpa, Honduras. *Revista Latinoamericana Enfermagen*. Vol. 16.
- Bueno, G. (2005). Perfil sociodemográfico de los estudiantes universitarios sin progreso académico y la relación entre el apoyo psicosocial con enfoque de resiliencia y el éxito académico en los estudiantes de primer año de Universidad. Memoria presentada para optar al título de Doctor. Madrid.
- Buzali, M. (2008). Construyendo tu grandeza. Valores y virtudes. La reciedumbre de los seres que trascienden. Colombia: Vergara.
- Castellano, G. (1998). Trastornos por uso de sustancias en profesores universitarios. Trabajo de ascenso. Departamento de Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Venezuela.
- Castellano, R., Delgado, E., García, A., Márquez, M., Luzardo, C., Peña, N y Sánchez, C. (2008). Prevalencia e incidencia de los trastornos por uso de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de una universidad pública venezolana. *Revista Española de Drogodependencia*. Vol.33, N° 4, pp. 300-315.

- Castro, M. y Llanes, J y Carreño, A. (2009). Una escala de percepción de resiliencia en el medio ambiente proximal: validez factorial y consistencia interna. *Revista LiberAddictus*. N° 105. Consultado el 16 de enero de 2012. Disponible en: grupotellso.com/inepar1/images/stories//escala%20de%20resiliencia.pdf .
- Castro, M. y Llanes, J. (2009). Habilidades para la vida en estudiantes universitarios. *Revista LiberAddictus*. N° 104. Consultado el 27 de marzo 2012. Disponible en: www.liberaddictus.org/art_autor.php?pageNum_Busc=2...
- Centro de estudios sobre el problema de las drogas (CEPRODUC), (s.f.), [Documento en línea]. Consultado el 02 de mayo de 2012. Disponible en: www.uc.edu.ve/ceproduc/enlaces/objetivosyfunciones.php.
- Chacón, Y. (2002). Drogas en la universidad: una experiencia venezolana. Instituto para el Estudio de las Adicciones. Universidad de Carabobo. Venezuela
- Claret, A. (2011). *Cómo hacer y defender una tesis*. Caracas: Editorial Texto, C.A.
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. Vol. 18, pp. 76-82
- Cordini, M. (2005). La resiliencia en adolescentes del Brasil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 3, N° 001.
- Córdova, A., Andrade, P y Rodríguez, S. (2005). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol.7, N° 2, pp. 101-122.
- Córdoba, D. (2006). *Toxicología*. 5ª edición. Bogotá: Editorial Manual Moderno.
- Cortés, J., (2010). La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y enfermería*. Vol. 16, N° 3, pp. 27-32
- Covey, S. (2007). Los 7 hábitos de los adolescentes altamente afectivos. Colombia: Editorial Random House Mondadori, S.A. de C.V.

- Del Rio, L. (2009). ¿Qué es resiliencia?. *Medicina y cultura*. Vol. 25, N° 3, pp. 1-3
- Diario La Verdad (2009). Incrementó en un 30 por ciento el consumo drogas en Venezuela, según Organización mundial de la salud. [Documento en línea]. Consultado 26 de marzo de 2012. Disponible en: informe21.com/node/91106
- Díaz, J., Martínez, M. y Vásquez, L. (2011). Una educación resiliente para prevenir e intervenir la violencia escolar. *Itinerario Educativo*. Año XXV, N° 57, pp. 121-155
- Espig, H., Navarro, M., Romaguera, F. y Cerró, E (2009). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso a Escuelas de la Facultad de ciencias de la salud, Universidad de Carabobo (Sede Carabobo). *Salud online*. Vol. 13, N° 1, pp. 44-56.
- Fernández, L., (2010). Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. Master en terapia para adultos del grupo Luria 2009/2010. [Documento en línea]. Consultado 07 de febrero de 2012. Disponible en: www.buenastareas.com/.../Intervención-En-Crisis/1923269.html
- Fernández, P. y Extremera, N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Vol. 23, N° 3, pp. 85-108.
- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*. Vol. 15, N° 1, pp. 95-114. Bogota, Colombia.
- Forés, A. y Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Frankl, V. (1991). El hombre en busca del sentido. Barcelona: Editorial Herder.
- Frankl, V. (2003). Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia. Barcelona: Editorial Herder.
- García, C., Agoitia, J. y Padilla, R. (2011). Sentido de vida de estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Justo Sierra. *Revista ECOS*. Vol. 6, N° 7.

- García, J. y Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y drogas*. Vol. 7, N° 2, pp. 309-332.
- García, S. (2009). ¿Por qué la medicina de la adolescencia? *Factores de riesgo y protección. Resiliencia*. Ponencia presentada en el I curso de salud integral de la SEMA, VI Curso Interdisciplinar de Medicina de la Adolescencia. Madrid, España.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*. Vol. 34, N° 4, pp. 416-430.
- Gómez, A., Herde, J., Laffee, A., Lobo, S y Martín, E. (2007). Consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudiantes universitarios. Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo, 2006. Vol.11,Nº 3, pp. 41-45.
- González, O. (2005).Factores de riesgo en el consumo de drogas en los estudiantes de la Escuela de Arquitectura, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 2000. *MULTICIENCIAS*. Vol.5, N° 1, pp. 51-61.
- González, N., Valdés, J., Oudhof, H. y González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia ergo sum*. Vol. 16, N° 3, pp. 247-253.
- González, N., Valdés, J. y Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol. 13, N°1, pp. 41-52.
- Grotberg, E. (2003). Nuevas tendencias en resiliencia. [Documento en línea]. Consultado 28 de Marzo de 2012. Disponible en: www.addima.org/.../Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia%20grotberg.pdf
- Gutierrez, D. (2009). Implicación de los valores éticos y morales en el enfrentamiento de las adicciones en jóvenes. Instituto para el estudio de las adicciones. [Documento en línea]. Consultado 23 de abril de 2012. Disponible en: www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoOpinion&idOpinion=280
- Hawkins, R., Catalano, R y Miller, Y (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood:implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. Vol.112, N° 1, pp. 64-105.

- Henderson, H. y Milstein, M. (2005). *La Resiliencia en la Escuela*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Vol. 23, N° 3, pp. 23-41.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontencilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lebrero, M. (2008). Presentación. Atención socioeducativa a los derechos de la primera infancia. *Revista de educación*. Vol. 347, pp. 15-31
- Ley Orgánica de Drogas. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.510 de fecha 15 de septiembre de 2010.
- López, F., Peralta, I., Muñoz, M. y Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*. Vol. 15, N° 2, pp. 127-136. Madrid, España.
- López, S y Rodríguez, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. Vol. 22. N° 4, pp. 568-573.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J y Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Luna, J. (2010). *Consideraciones Toxicológicas*. Mérida: Departamento de Publicaciones Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes.
- Luthar, S., Cicchetti, D y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. Vol. 71, N° 3, pp. 543. 562.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Urano.
- Madrigal, E., Sayago, L., Astorga, C., Sayago, M., Vergara, J., Matos, L., Kammoun, R., Pérez, M., Sardi, E., Tabata, A., Colina, R. y Mundó, N. (1999). *Manual de capacitación para docentes. Habilidades para la vida: prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. Caracas: EXLIBRIS.
- Magaña, L., Zabala, M., Ibarra, I., Gómez, M. T. y Gómez, M. M. (2004). El sentido de vida en estudiantes de primer semestre de la Universidad

de la Salle Bajío. *Revista del Centro de Investigación*. Universidad La Salle. Vol. 6, N° 022, pp. 5-13.

- Maldonado, P. (2011). *Drogas Delitos Posesión Consumo. Comentarios a la Ley Orgánica de Drogas*. Barquisimeto, Venezuela: Editorial Horizonte C.A.
- Márquez, C. (2011). Acciones deportivas recreativas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes, perteneciente a la parroquia Manuel Manríquez, Municipio Simón Bolívar. EFDportes.com, Revista Digital. Vol. 16, N° 161.
- Matta, H. (2005). Grado de desarrollo de resiliencia y su relación con los factores protectores y de riesgo en adolescentes de instituciones educativas de Lima. [Documento en línea]. Consultado 27 de abril de 2012. Disponible en: www.ispsanmarcos.edu.pe/congreso/...MATTA%20solis_000112.doc
- Melillo, A. (2005). Sobre resiliencia: El pensamiento de Boris Cyrulnik. *Perspectivas Sistemáticas*. [Documento en línea]. Consultado 28 de Marzo de 2012. Disponible en: www.redsistemica.com.ar/melillo.htm
- Moral, M., Rodríguez, F. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública México*. Vol. 52, N° 5.
- Morales, M. y Díaz, D. (2011). Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Revista de Psicología (nueva época)*. Vol. 8, N° 16, pp. 62-77.
- Moreno, B. y Gálvez, M. (2010). La Psicología Positiva va a la Escuela. Típica, *Boletín Electrónico de Salud Escolar*. Vol. 6, N° 1, pp. 210-220.
- Moreno, M. y Rodríguez, M. (2010). Sentido de la vida, inteligencia emocional y salud mental en estudiantes universitarios. 11° congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis 2010. Disponible en: www.interpsiquis.com
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Ojeda, E., Infante, S. y Grotberg, E. (1998): *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: U.S.A. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg y Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional.

- Navarro, M., Cometto, M., Aespig , H., Cromaguera, F., Gómez, P y Cerró, E. (2009). Relación entre factores de riesgo del consumo de drogas y pronóstico académico en estudiantes de nuevo ingreso en la carrera de enfermería en dos universidades latinoamericanas. *Revista Electrónica Enfermería Global*. Vol. 8, Nº 3. pp. 1-10.
- Navarro, M., Medina, V., Romaguera, F., Cerró, E. y Rodríguez, A. (2009). Factores de riesgo y propuestas para la reducción de la demanda de drogas en estudiantes de medicina de una universidad venezolana. *SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*. Vol. 5, Nº 2, pp. 1-16.
- Oficina Nacional Antidrogas (2011). *Revista Balance de la Lucha Antidrogas en Venezuela*. Caracas-Venezuela.
- Oficina Nacional Antidrogas (2011). *Estudio Nacional de Drogas en Población General (ENADPOG)*. Caracas.
- Pedrals, G., Rigotti, A. y Bitran, M. (2011). Aplicando psicología positiva en educación médica. *Revista Médica Chile*. Vol. 139, Nº 7, pp. 941-949.
- Peralta,S., Ramírez, A. y Castaño, H. (2006). Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre. *Psicología desde el Caribe Nº 17. Colombia*
- Pérez, S. (2007). ¿Qué es la resiliencia? Instituto para el estudio de las adicciones. [Documento en línea]. Consultado 30 de enero de 2012. Disponible en: www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoOpinion&idopinion=230
- Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues. A Handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Poveda, J. (1981). *Locura y creatividad*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Poveda, J. y Laforet, S. (2010). *Con la vida en los talones*. Madrid: Espasa.
- Prado, R., del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona* 6. pp. 179-196.
- Pulgar, L. (2010). Factores de resiliencia presente en estudiantes de la universidad del Bío Bío, sede Chillán. Tesis de Magister, Universidad del Bío Bío, Chile.

- Réquiz, M. (2004). *Manual para la formación del facilitador en prevención integral*. Mérida: Fundación Proyecto Paria.
- Reyes, M., Vargas, G., Tellez, M y Henriques, P. (2010). Drogas, consumo y adicción. Producción en Medios. Universidad de Los Andes-Táchira. [Documento en línea]. Consultado 14 de Abril de 2012. Disponible en: servidor-opsu.tach.ula.ve/alum/pd-7/drogas-c/Sitio%20Web%20drogas/mitos.htmldex,php?op=InfoOpinion&idopinion=230
- Ríos, J., Espinosa, A. y Baratas, M. (1997). La prevención de las drogas en la familia. *Actuar es posible*. [Documento en línea]. Consultado el 27 de marzo de 2012. Disponible en: www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/pfam.pdf.
- Richardson, G., Neiger, B., Jensen, S., y Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21 (6), 33-39.
- Rirkin, M., y Hoopman, M. (1991). *Moving beyond risk to resiliency*. Minneapolis, MN: Minneapolis Public Schools.
- Rodríguez, M. (2008). La cuestión del sentido y su repercusión en la vida psíquica. *Interpsiquis*. 1; 2008. [Documento en línea]. Consultado el 14 de marzo de 2012. Disponible en: www.psiquiatria.com/articulos/otras/34339/
- Rodríguez, S., Pérez, V y Díaz, D. (2010). Factores de resiliencia y consumo de drogas en estudiantes de educación media básica. *Revista de Toxicomanías*. Nº 59, pp.18-27.
- Rojas, M. (2011). *Toxicología Ambiental y Ocupacional*. Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- Rutter, M (1991). Resilience some conceptual considerations. Conference on Fostering Resilience. Washington D.C.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Medición de las característica resilientes. Un estudio comparativo en personal entre 15 y 65 años. *LIBERABIT*. Nº 14, pp. 31-40.
- Sambrano, J. (2010). *Resiliencia: Transformación positiva de la adversidad*. Caracas: Editorial Alfa.

- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*. Vol. 55, N° 1, pp. 5-14.
- Singh, K y Yu, X. Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Sample of Indian Students (2010). *J Psychology*. Vol. 1, 1, pp. 23-30.
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*. Vol.10, N° 2, pp. 61-80.
- Uriarte, J. (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de Psicodidáctica*. Vol. 11, N° 1, pp. 7-23.
- Uzcátegui, E. (1990). Uso patológico y no patológico de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Post-grado en medicina del Hospital Universitario de Los Andes Mérida, Venezuela, 1990. Tesis de Postgrado ULA. Venezuela.
- Valverde, J., Farías, E y Benítez, G. (2009). Factores de riesgo para el consumo recreacional y la adicción de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en estudiantes de educación superior. *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 32, N° 2, pp. 113-123.
- Vanistendael, (1995). Cómo crecer superando los percances: resiliencia, capitalizar las fuerzas del individuo. Cuaderno Ginebra: BICE.
- Vargas, J. y Villavicencio, J. (2011). Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados: consejos para fortalecerla. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. Vol.5, N° 1, pp. 13-20.
- Vidal, D., Del Campo, K., Chamblás, I., Fernández, C. y Sáens, J. (2010). Factores de protección ante el consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de trabajo social*.
- Villalobos, E y Castelán, E. (2007). La Resiliencia en la Educación. *Revista Paedagogium*. Revista Electrónica. Disponible en: www.paedagogium.com/Números Anteriores/Treinta/04.html
- Villalta, M. (2010). Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Revista de Pedagogía*. Vol. 31, N° 88, pp. 159-188
- Villasmil, J., (2010). El autoconcepto académico en estudiantes universitarios resilientes de alto rendimiento: Un estudio de casos. Trabajo de Tesis

presentado como requisito final para optar al Grado de Doctor en Educación Universidad de Los Andes. Venezuela.

Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American journal of orthopsychiatry*. Vol. 59, pp. 72-81

Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.

Wolin, S. y Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books.

Yu, X. y Zhang, J. (2007). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) whit Chinese people. *Social Behavior and personality*, Vol. 25, N° 1, pp. 19-30



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOANALISIS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1- Con la firma de éste documento, doy mi consentimiento para contestar los instrumentos aplicados por la Profesora Yarima Velásquez de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Venezuela. Con el propósito de evaluar en mi persona la Resiliencia y el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias.
- 2- Entiendo que la información que estoy suministrando a través de los instrumentos, será utilizada con fines de investigación y no involucran riesgo o malestar para mi salud.
- 3- Entiendo que estos instrumentos son anónimos y se garantiza la confidencialidad de los datos que se obtengan. Además doy fe que estoy participando de manera voluntaria.
- 4- Afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con la Profesora Yarima Vélasquez, Investigadora responsable del Estudio: Departamento de Toxicología y Farmacología al número de teléfono (0274) 2403448.

Fecha: _____

Firma del (de la) Participante

Firma del Investigador

C.I: 10.944.461

ESCALA DE RESILIENCIA

(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

K. M. Connor y J. R. Davidson (2003), adaptación española de B. Fernández, y F. Ramos (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador, 2006).

A continuación usted encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de su vida. Por favor, no deje ninguna sin contestar, lea cada frase y conteste anotando la frecuencia pensando en qué grado está de acuerdo o no, con respecto a cómo se ha sentido durante las últimas semanas con cada afirmación, según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	0	1	2	3	4
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Veo el lado divertido de las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Afrontar el estrés, me fortalece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Puedo conseguir mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sé donde acudir a por ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pienso que soy una persona fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sigo los presentimientos que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Siento que controlo mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me gustan los desafíos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Trabajo para conseguir mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me siento orgulloso de mis logros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENCUESTA PARA LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL SOBRE EL USO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS

ESTA ES UNA ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA ANÓNIMA. LA INFORMACIÓN RECOGIDA ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL
ANTICIPADAMENTE, LE AGRADECEMOS SU ATENCIÓN Y SINCERIDAD.

**POR FAVOR, MARQUE CON UNA "X" LA ALTERNATIVA QUE USTED CONSIDERE ADECUADA,
DEJE EN BLANCO LA CASILLA QUE USTED NO DESEE CONTESTAR.**

1. SEXO: MASCULINO: FEMENINO: 2. EDAD: Años
3. ESTADO CIVIL: SOLTERO(A): CASADO(A), UNIDO(A), EMPAREJADO(A):
VIUDO(A): DIVORCIADO(A), SEPARADO(A):
4. LUGAR DE PROCEDENCIA: MÉRIDA: OTRA CIUDAD: CUAL: _____
5. ASIGNATURA: _____
6. ¿Ha consultado usted alguna vez un psiquiatra o psicólogo?.....Sí No
7. ¿Ha recibido algún familiar suyo tratamiento psiquiátrico o psicológico?.....Sí No

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON EL USO DE TABACO/CIGARRILLOS.
CONTESTE CON UNA "X" EN LA CASILLA "SÍ" O "NO" DE ACUERDO CON LA RESPUESTA QUE USTED ESCOJA**

- Por primera vez, a qué edad fumó cigarrillos/tabaco? Años*
8. En alguna época de su vida: ¿Ha fumado usted diariamente cigarrillos durante un mes o más?...Sí No
- SI RESPONDIÓ "SÍ", CONTINÚE CON LA PREGUNTA No. 9
SI RESPONDIÓ "NO", VAYA A LA PREGUNTA No. 14**
9. Alguna vez en su vida, mientras padecía una enfermedad delicada, ¿continuó usted fumando cigarrillos/tabaco a pesar de que usted sabía que no era prudente?.....Sí No
10. Ha tratado alguna vez de dejar de fumar o disminuir el número de cigarrillos que consume?.....Sí No
11. **Algunas personas, cuando dejan de fumar presentan una serie de problemas. ¿Alguna vez, cuando usted intentó dejar de fumar, presentó alguno de los siguientes problemas?**
- 11.1. ¿Estuvo Ud. desesperado por fumarse un cigarrillo?..... Sí No
- 11.2. ¿Estuvo Ud. irritable?..... Sí No
- 11.3. ¿Estuvo Ud. nervioso?..... Sí No
- 11.4. ¿Tuvo Ud. problemas para concentrarse?..... Sí No
- 11.5. ¿Tuvo Ud. dolor de cabeza?..... Sí No
- 11.6. ¿Estuvo Ud. somnoliento o adormitado?..... Sí No
- 11.7. ¿Sintió Ud. malestar en el estómago?..... Sí No
12. ¿Alguna vez consultó a un médico por algunos de sus problemas con el cigarrillo?..Sí No
13. Defina Ud. cuando se fumó (o fuma) al menos media caja de cigarrillos diariamente.
- 13.1. Nunca fumé media caja o más al día..... Sí No
- 13.2. De un mes para acá..... Sí No
- 13.3. De un año para acá..... Sí No
- 13.4. Hace más de un año..... Sí No
- 13.5. No puede precisar..... Sí No

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON EL USO DEL CHIMÓ.
CONTESTE CON UNA "X" EN LA CASILLA "SÍ" O "NO" DE ACUERDO CON LA RESPUESTA QUE USTED ESCOJA**

- Por primera vez, a qué edad usó chimó?... años*
14. En alguna época de su vida: ¿Ha usado usted diariamente chimó durante un mes o más?...Sí No
- SI RESPONDIÓ "SÍ" CONTINÚE CON LA PREGUNTA No. 15
SI RESPONDIÓ "NO" CONTINÚE EN LA PREGUNTA No. 18**
15. Alguna vez en su vida, mientras padecía una enfermedad delicada, ¿continuó usted usando el chimó, a pesar de que usted sabía que no era prudente?.....Sí No
16. Ha tratado alguna vez de dejar de usar el chimó o disminuir la cantidad que consume?.....Sí No

Por favor, pase la página. →

17. Algunas personas cuando dejan de usar el chimó presentan una serie de problemas, ¿alguna vez, cuando usted intentó dejar de consumir chimó, presentó alguno de los siguientes problemas?

- 17.1 ¿Estuvo Ud. desesperado por usar una porción de chimó?..... Sí No
- 17.2 ¿Estuvo Ud. irritable?..... Sí No
- 17.3 ¿Estuvo Ud. nervioso?..... Sí No
- 17.4 ¿Tuvo Ud. problemas para concentrarse?..... Sí No
- 17.5 ¿Tuvo Ud. dolor de cabeza?..... Sí No
- 17.6 ¿Estuvo Ud. somnoliento o adormitado?..... Sí No
- 17.7 ¿Sintió Ud. malestar en el estómago?..... Sí No
- 17.8 ¿Desde cuándo sintió estos problemas?..... De un mes para acá...1
- De un año para acá...2
- Hace más de un año...3
- No puede precisar...4

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN DESTINADAS A CONOCER SOBRE ALGUNOS PROBLEMAS QUE USTED TENGA O PUEDA HABER TENIDO POR INGERIR ALCOHOL.

**CONTESTE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE ADECUADA.
DEJE EN BLANCO LA QUE USTED NO DESEE CONTESTAR.**

Por primera vez, a qué edad usó bebidas alcohólicas? años

18. ¿Ha tomado o toma Ud. bebidas alcohólicas?..... Sí No
19. ¿Alguna vez su familia ha protestado o se ha quejado por que Ud. toma demasiado?..... Sí No
20. ¿Ha pensado Ud. de si mismo que es un bebedor excesivo?..... Sí No
21. ¿Alguna vez ha tomado tanto como un litro de ron, whisky, miche u otro licor en un día; es decir, unos 20 tragos, o 3 botellas de vino o 113 latas cervezas en un día?..... Sí No
22. ¿Hubo alguna vez un tiempo en que Ud. se tomó 7 cervezas o más, 7 tragos o más, 7 vasos de vino o más, todos los días durante 2 semanas o más?..... Sí No
23. ¿Hubo, alguna vez un tiempo en que durante al menos 2 meses seguidos por lo menos una noche por semana, se tomó 7 tragos, o 7 botellas de cerveza, o 7 vasos de vino?..... Sí No
24. ¿Alguna vez consultó o lo llevaron a un médico por un problema que haya tenido con el alcohol?..... Sí No
25. ¿Alguna vez sus amigos, su médico, su sacerdote o pastor, trabajador social o cualquier profesional le han dicho, por su propio bien, que usted estaba tomando demasiado?..... Sí No
26. ¿Le ha costado mucho dejar de beber?..... Sí No
27. Para controlar la bebida, algunas personas establecen reglas como prometerse a si mismo no tomar antes de las 5 de la tarde o nunca tomar solo. ¿Alguna vez ha establecido reglas como esas?..... Sí No
28. ¿Alguna vez ha necesitado tomar un trago al levantarse, es decir, antes de desayunar?..... Sí No
29. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo, o donde estudiaba, a causa de la bebida; por ejemplo, faltar demasiado al trabajo, o tomar durante las horas de trabajo o de estudio?..... Sí No
30. ¿Alguna vez perdió un trabajo, o lo expulsaron de la escuela/liceo/colegio, a causa de la bebida?..... Sí No
31. ¿Alguna vez se ha metido en problemas al manejar a causa de la bebida, por, ejemplo: tener un accidente, o ser arrestado por manejar borracho?..... Sí No
32. ¿Alguna vez ha sido arrestado o lo han detenido en la Comandancia de la Policía, a causa de la bebida, o por perturbar el orden público?..... Sí No
33. ¿Alguna vez se ha metido en peleas que terminaron en golpes mientras está bebiendo licor?..... Sí No
34. ¿Alguna vez se ha ido de parranda y ha permanecido borracho 2 días ó más seguidos?..... Sí No
35. ¿Alguna vez ha tenido lagunas mentales mientras tomaba, es decir, tomó tanta cantidad de licor que no podía recordar al día siguiente lo que había dicho o hecho?..... Sí No
36. ¿Alguna vez ha tenido temblores después de dejar de tomar, o al reducir la cantidad que estaba tomando, por ejemplo, las manos le temblaban tanto que su taza de café sonaba en el plato, o tenía dificultad para encender un cigarrillo?..... Sí No
37. ¿Alguna vez ha tenido ataques o convulsiones después de dejar de tomar, al reducir la cantidad que estaba tomando?..... Sí No

Por favor, pase la página. →

38. ¿Alguna vez ha tenido delirio tremens cuando deja de tomar, es decir, le dio fiebre y veía u oía cosas que usted sabía que no existían?..... Si No
39. ¿Alguna vez ha visto u oído cosas que en realidad usted sabe que no están presentes, después de haber reducido la cantidad de alcohol que tomaba?..... Si No
40. Hay varios problemas de salud que pueden ser el resultado de tomar gran cantidad de alcohol durante largo periodo
¿Alguna vez cree usted que la bebida ingerida durante largo tiempo le haya causado problemas de salud como los siguientes?
- 40.1. ¿Enfermedad del hígado o ictericia? (color amarillo de la piel)?..... Si No
- 40.2. ¿Vómitos de sangre u otros problemas de estómago?..... Si No
- 40.3. ¿Hormigueos en los pies o que se le duermen los pies?..... Si No
- 40.4. ¿Dificultades con la memoria cuando no ha estado tomando, (Es decir que no son lagunas mentales)?..... Si No
- 40.5. ¿Enfermedad del páncreas o pancreatitis?..... Si No
41. ¿Alguna vez ha continuado tomando, aun cuando usted sabía que tenía una enfermedad física seria, que podía empeorarse al seguir tomando?..... Si No
42. ¿Alguna vez hubo una temporada en su vida en la cual no podía hacer su trabajo diario acostumbrado, a menos que hubiera tomado algo de licor?..... Si No
43. ¿Defina cuando fue la última vez que usted tuvo alguno de los problemas que contestó con relación al uso del alcohol?
De un mes para acá.....1
De un año para acá.....2
Hace más de un año.....3
No puede precisar.....4

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON EL USO DE OTRAS DROGAS.
CONTESTE CON UNA "X" DE ACUERDO A LA RESPUESTA QUE USTED ESCOJA.**

44. ¿Alguna vez ha consumido alguna de las sustancias que se mencionan a continuación con el fin de sentirse bien o sin que se las indicara un médico o que tomara más de las que el médico le indicó?..... No Si
- POR FAVOR, SEÑALE LA SUSTANCIA QUE HA CONSUMIDO y su edad cuando la usó por primera vez.**
- 44.1. Marihuana..... No Si → años
- 44.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... No Si → años
- 44.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... No Si → años
- 44.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... No Si → años
- 44.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa' trás, piedra..... No Si → años
- 44.6. Heroína, "Dragón H"..... No Si → años
- 44.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain).... No Si → años
- 44.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... No Si → años
- 44.9. Otras (Escribalas por favor)..... Si → años
45. ¿Ha consumido alguna otra droga, medicina o sustancia química sin orden médica a fin de "sentirse bien" o para conseguir otro efecto mental?..... Si No
46. ¿Durante toda su vida ha consumido alguna de las sustancias antes mencionada más de cinco (5) veces?..... Si No

**SI RESPONDIÓ "SI" CONTINUE LA ENCUESTA
SI RESPONDIÓ "NO" SUSPENDA AQUÍ LA ENCUESTA**

Indique la droga que haya consumido más de 5 veces en su vida.

- 46.1. Marihuana..... Si No
- 46.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Si No
- 46.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Si No
- 46.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Si No
- 46.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa' trás, piedra..... Si No
- 46.6. Heroína, "Dragón H"..... Si No
- 46.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, Morfina, metadona, Nubain)..... Si No
- 46.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Si No
- 46.9. Otras (Escribalas por favor)..... Si

Por favor, pase la página. →

47. ¿Cuál de estas drogas ha consumido usted todos los días durante 2 semanas o más?

- 47.1. Marihuana..... Sí No
- 47.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 47.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 47.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 47.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 47.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 47.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, Morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
- 47.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 47.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Se dice que una persona es "dependiente" de una droga determinada cuando constantemente necesita consumirla, y se siente muy mal cuando no puede hacerlo.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

48. ¿Cuál de estas drogas ha necesitado ó de cuál de ellas ha sido usted dependiente?

- 48.1. Marihuana..... Sí No
- 48.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 48.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 48.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 48.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 48.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 48.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, Morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
- 48.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 48.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Cuando una persona ha consumido drogas, a veces ocurre que, quiere dejar de consumir pero no puede.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

49. ¿Cuál de esas drogas ha tratado de dejar de consumir pero no ha podido?

- 49.1. Marihuana..... Sí No
- 49.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 49.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 49.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 49.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 49.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 49.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
- 49.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 49.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Cuando una persona ha consumido drogas, a veces ocurre que necesita cantidades cada vez mayores de la droga para obtener el efecto que desea.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

50. ¿Con cuál de esas drogas le ocurrió que necesitara cantidades cada vez mayores para obtener el efecto que desea?

- 50.1. Marihuana..... Sí No
- 50.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 50.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 50.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 50.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 50.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 50.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
- 50.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 50.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Por favor, pase la página. →

Cuando una persona ha consumido drogas, ocurre a veces que cuando deja de consumir la droga o disminuye la cantidad que toma, tenga síntomas de **Abstinencia**, es decir, que se enferma al dejar de consumir la droga.

Ahora, por favor, **conteste la siguiente pregunta:**

51. **¿Con cuál o cuáles drogas le ocurrió que tuviera síntomas de abstinencia?**

- 51.1. Marihuana..... Sí No
- 51.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 51.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 51.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 51.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 51.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 51.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain).. Sí No
- 51.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psicobina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 51.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Cuando una persona ha consumido drogas, ocurre a veces que tenga "**problemas de salud**" como consecuencia del uso de alguna de esas drogas, por ejemplo, convulsiones, sobredosis accidental, gripes persistentes, hemorragias nasales o infecciones.

Ahora, por favor, **conteste la siguiente pregunta:**

52. **¿Cuál de estas drogas le ha producido problemas de salud?**

- 52.1. Marihuana..... Sí No
- 52.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 52.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 52.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 52.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 52.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 52.7. Opiáceos diferentes a la heroína, Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain).... Sí No
- 52.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psicobina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 52.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Cuando una persona consume drogas, ocurre a veces que tiene **serios problemas** con la familia, con los amigos, con la ley, con los estudios o con el trabajo.

Ahora, por favor, **conteste la siguiente pregunta:**

53. **¿Con cuál sustancia le ocurrió que tuviera serios problemas con alguna de las personas o instituciones mencionadas?**

- 53.1. Marihuana..... Sí No
- 53.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 53.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 53.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 53.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 53.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 53.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain).... Sí No
- 53.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psicobina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 53.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Por favor, pase la página. →

Quando una persona consume drogas, ocurre a veces que tiene problemas emocionales o psicológicos como consecuencia del uso de esas drogas, por ejemplo, sentir que uno está perdiendo la razón, sentirse perseguido, deprimido o desinteresado en las cosas, etc.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

54. ¿Con cuál droga le ocurrió que le produjera problemas emocionales o psicológicos?

- 54.1. Marihuana..... Sí No
- 54.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 54.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 54.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 54.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 54.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 54.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
- 54.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 54.9. Otras (Escríbalas por favor):..... Sí

INSTRUCCIÓN.

¿Ha contestado "Sí" en alguna de las preguntas de la # 44 a la # 54?..... Sí No

SI RESPONDIÓ "SÍ" CONTINÚE LA ENCUESTA.

SI RESPONDIÓ "NO" SUSPENDA AQUÍ LA ENCUESTA.

Con relación a las preguntas que contestó "Sí" (La parte N° 1 de cada pregunta).

55. ¿Consultó o lo llevaron alguna vez a un médico por alguna de estas situaciones que le estaba causando problemas?..... Sí No
56. ¿Consultó o lo llevaron a algún otro profesional por sus problemas de las drogas (Psicólogo, enfermera, farmacéutico)?..... Sí No
57. ¿Se vio en la necesidad de tomar medicamentos más de una vez por su problema con las drogas?..... Sí No
58. ¿Alguno de estos problemas que tuvo con las drogas entorpeció o interfirió con su vida o sus actividades considerablemente?..... Sí No
59. ¿Con cuál o cuáles drogas ha tenido algunos de los problemas antes mencionados, de un año para acá?
- 59.1. Marihuana..... Sí No
- 59.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 59.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 59.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 59.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 59.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 59.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
- 59.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 59.9. Otras (Escríbalas por favor):..... Sí
60. ¿Con cuál o cuáles drogas ha tenido algunos de los problemas antes mencionados, de un mes para acá?
- 60.1. Marihuana..... Sí No
- 60.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
- 60.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
- 60.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
- 60.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... Sí No
- 60.6. Heroína, "Dragón H"..... Sí No
- 60.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
- 60.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
- 60.9. Otras (Escríbalas por favor):..... Sí

Gracias por su colaboración

MODELO DE CUESTIONARIO ESTANDARIZADO PARA ESTUDIANTES SOBRE
ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS

CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PATOLOGÍA DE CONSUMO

1. **Criterios para el diagnóstico de Dependencia de Tabaco:**
 - a) La pregunta P8 debe ser contestada "Sí".
 - b) Algunas de las preguntas P9 ó P10, debe ser contestada "Sí".
ó
 - c) Al menos cuatro (4) de las subpreguntas de P11 deben ser contestadas "Sí".
2. **Criterios para el diagnóstico de Dependencia de Tabaco no fumado (Chimó):**
 - a) La pregunta P14 debe ser contestada "Sí".
 - b) Algunas de las preguntas P15 ó P16, debe ser contestada "Sí".
ó
 - c) Al menos cuatro (4) de las subpreguntas de P17 deben ser contestadas "Sí".
3. **Criterios para el diagnóstico de Abuso de Alcohol:**
 - a) Al menos una (1) de las preguntas: P21, P26, P27, P34, P35, P41, P42, debe ser contestadas "Sí".
 - b) Al menos una (1) de las preguntas: P19, P25, P29, P30, P31, P32, P33, debe ser contestadas "Sí".
4. **Criterios para el diagnóstico de la Dependencia de Alcohol:**
 - a) Que se cumpla al menos uno (1) de los criterios de abuso de alcohol [(a), (b)]
y
 - b) La pregunta P22 debe ser contestada "Sí".
ó
 - c) Al menos una (1) de las preguntas P22, P36, P37, P38, P39, deben ser contestadas "Sí".
5. **Criterios para el diagnóstico de Abuso de Drogas:**
 - a) La pregunta P46 debe ser contestada "Sí".
 - b) Al menos una (1) de las preguntas P47, P49, P52, P54, debe ser contestadas "Sí".
 - c) La pregunta P56 debe ser contestada "Sí".
6. **Criterios para el diagnóstico de la Dependencia de Drogas:**
 - a) Los dos (2) de Abuso de droga (b) y (c) deben cumplirse.
 - b) Algunas de las preguntas P50 ó P51 debe ser contestada "Sí".

CRITERIOS LÓGICOS

1. TABACO:

$$aTABACO: (((p8 = 1) + (p9 = 1)) | ((p8 = 1) + (p10 = 1))) = 1$$

ó

$$bTABACO: ((p11.1 = 1) + (p11.2 = 1) + (p11.3 = 1) + (p11.4 = 1) + (p11.5 = 1) + (p11.6 = 1) + (p11.7 = 1)) > 3 = btabaco$$

$$DEPENDENCIA DE TABACO: ((aTABACO=1) | (bTABACO=1))=1$$

Donde: 1= DEPENDENCIA DE TABACO

2. CHIMÓ:

$$aCHIMÓ: (((p14 = 1) + (p15 = 1)) | ((p8 = 1) + (p16 = 1))) = 1$$

ó

$$bCHIMÓ: ((p17.1 = 1) + (p17.2 = 1) + (p17.3 = 1) + (p17.4 = 1) + (p17.5 = 1) + (p17.6 = 1) + (p17.7 = 1)) > 3 = bchimó$$

$$DEPENDENCIA DE CHIMÓ: ((aCHIMÓ= 1) | (bCHIMÓ= 1))=1$$

Donde: 1= DEPENDENCIA DE CHIMÓ

3. ALCOHOL:

ABUSO:

$$aabalco: ((p21 = 1) | (p26 = 1) | (p26 = 1) | (p34 = 1) | (p35 = 1) | (p41 = 1) | (p42 = 1)) = 1$$

$$babalco: ((p19 = 1) | (p25 = 1) | (p29 = 1) | (p30 = 1) | (p31 = 1) | (p32 = 1) | (p33 = 1)) = 1$$

$$ABUSO DE ALCOHOL: ((aabalco=1) + (babalco=1))=1$$

Donde: 1= ABUSO DE ALCOHOL

DEPENDENCIA DE ALCOHOL:

$$(((aabalco=1) | (babalco=1)) + ((p22=1)=1)) | ((aabalco=1) | ((babalco=1)) + ((p36=1)) | ((p37=1)) | ((p38=1) | ((p39=1))) = 1$$

Donde: 1= DEPENDENCIA DE ALCOHOL

DEPENDENCIA DE ALCOHOL. También fueron aceptado estos criterios PRUEBA

$$A: ((aAbAlco = 1) + (p22 = 1) | (bAbAlco = 1) + (p22 = 1)) = 1$$

$$B: ((p22 = 1) | (p36 = 1) | (p37 = 1) | (p38 = 1) | (p39 = 1)) = 1$$

(A+1) + (B+1)=1 : Donde 1= Dependencia de alcohol

DEPENDENCIA DE ALCOHOL: no usada

$$adepalco: ((aabalco=1) | (babalco=1)) = 1$$

y

$$bdepalco: (p22=1) = 1$$

ó

$$cdepalco: ((p22=1) | (p36=1) | (p37=1) | (p38=1) | (p39=1)) = 1$$

$$!((adepalco=1) + bdepalco=:1) | (cdepalco=1))=1$$

Donde: 1= DEPENDENCIA DE ALCOHOL

4. DROGAS:

ABUSO:

A:

$$(((p46 = 1) + (p56 = 1)) | (p47.1 = 1) | (p47.2 = 1) | (p47.3 = 1) | (p47.4 = 1) | (p47.5 = 1) | (p47.6 = 1) | (p47.7 = 1) | (p47.8 = 1) | (p47.9 = 1)) = 1$$

B:

$$(((p46 = 1) + (p56 = 1)) | (p49.1 = 1) | (p49.2 = 1) | (p49.3 = 1) | (p49.4 = 1) | (p49.5 = 1) | (p49.6 = 1) | (p49.7 = 1) | (p49.8 = 1) | (p49.9 = 1)) = 1$$

C:

$$(((p46 = 1) + (p56 = 1)) | (p52.1 = 1) | (p52.2 = 1) | (p52.3 = 1) | (p52.4 = 1) | (p52.5 = 1) | (p52.6 = 1) | (p52.7 = 1) | (p52.8 = 1) | (p52.9 = 1)) = 1$$

D:

$$(((p46 = 1) + (p56 = 1)) | (p54.1 = 1) | (p54.2 = 1) | (p54.3 = 1) | (p54.4 = 1) | (p54.5 = 1) | (p54.6 = 1) | (p54.7 = 1) | (p54.8 = 1) | (p54.9 = 1)) = 1$$

ABUSO de DROGA:

$$((aAbusoDru) | (bAbusoDru) | (cAbusoDru) | (dAbusoDru)) = 1$$

Donde: 1= ABUSO DE DROGA

DEPENDENCIA:

$$A: ((aAbusoDru) | (bAbusoDru) | (cAbusoDru) | (dAbusoDru)) = 1$$

$$B: ((p50.1 = 1) | (p50.2 = 1) | (p50.3 = 1) | (p50.4 = 1) | (p50.5 = 1) | (p50.6 = 1) | (p50.7 = 1) | (p50.8 = 1) | (p50.9 = 1)) | ((51.1 = 1) | (p51.2 = 1) | (p51.3 = 1) | (p51.4 = 1) | (p51.5 = 1) | (p51.6 = 1) | (p51.7 = 1) | (p51.8 = 1) | (p51.9 = 1)) = 1$$

DEPENDENCIA DE DROGA:

$$((aDPENDR = 1) + (bDPENDR = 1)) = 1$$

Donde: 1= DEPENDENCIA DE DROGA