



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Resiliencia y consumo de sustancias en adolescentes

Tesis previa a la obtención del título de Máster en Psicoterapia Integrativa

Autor:

Ps. Clin. Bayron Galarza

Directora:

Doctora Amada Cesibel Ochoa Pineda

Cuenca, 2019

Dedicatoria

A mis padres que siempre han apoyado mis proyectos, porque sin ellos este trabajo
no habría sido posible.

A mis familiares más cercanos, amigos y colegas que siempre me dieron un aliento
para culminar esta meta.

Agradecimiento

A la Doctora Cesibel Ochoa, por dirigir esta investigación; al Master David Tacuri por la asesoría estadística; al Licenciado Luis Mario Sarmiento, por permitir el desarrollo de esta investigación dentro de la Unidad Educativa Jardín del Azuay del Cantón Gualaceo; a los adolescentes participantes y padres de familia por facilitar el desarrollo de este estudio.

RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema en toda sociedad, especialmente con los adolescentes no resilientes. El presente estudio, descriptivo, correlacional, transversal y no experimental, tuvo como objetivo general delimitar la relación entre resiliencia y consumo sobre una muestra de 665 estudiantes de Gualaceo (Azuay). Se empleó el Test de Resiliencia de Wagnild y Young, así como el Test ASSIST de la OMS. Los resultados constatan una capacidad de resiliencia media alta y alta (81.6%), un riesgo de daños bajo por consumo de drogas pesadas. Ante estos hallazgos, son necesarios nuevos estudios y programas de acción sistemáticos para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Palabras clave: resiliencia, consumo de sustancias, prevención, factores de riesgo, factores de protección.

ABSTRACT

Consumption of psychoactive substances in adolescence is a social problem. The aim of this descriptive, correlational, cross-sectional and non-experimental study was to identify the relationship between resilience and substance use in a sample of 665 high school students. The Wagnild and Young Resilience Test and the Assist Test were used. The results show a high and medium high resilience capacity (81.6%) and a low risk of consumption damage. Finally, it was determined that when there is greater consumption, resilience is also greater. Based on these findings, it is essential to continue with the study of this phenomenon.

Keywords: resilience, substance use, prevention, risk factors, protective factors.



Translated by
Ing. Paúl Arpi

ÍNDICE

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	8
1 CAPÍTULO I: RESILIENCIA, ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS	9
1.1 Dimensiones del constructo Resiliencia	9
1.1.1 Introducción	9
1.1.2 Desarrollo positivo de la adolescencia	9
1.1.3 Modelos teóricos sobre la resiliencia	10
1.1.4 Factores de riesgo y de protección.....	12
1.1.5 Conclusiones	15
1.2 Aspectos del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes	16
1.2.1 Introducción	16
1.2.2 Apreciación del consumo de sustancias psicoactivas	16
1.2.3 Enfoques sobre la identidad en la adolescencia.....	18
1.2.4 Modelos explicativos sobre el consumo en los adolescentes.....	20
1.2.5 Conclusiones	22
1.3 Programas de prevención del consumo de sustancias sicoactivas.....	22
1.3.1 Introducción	22
1.3.2 Programas tradicionales de prevención	23
1.3.3 El enfoque psicosocial a la prevención.....	23
1.3.4 El enfoque de los medios de comunicación.....	24
1.3.5 El enfoque comunitario	25
1.3.6 El enfoque basado en los factores de riesgo y protección.....	26
1.3.7 Conclusiones	26
2 CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA Y RESULTADOS	27
2.1 Introducción.....	27

2.2	Objetivos generales	27
2.3	Hipótesis	28
2.4	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
2.5	Descripción de la muestra.....	30
2.6	Métodos y técnicas de investigación.....	31
2.6.1	Test de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).....	32
2.6.2	Test de Resiliencia de Wagnild y Young	34
2.7	Fases de la investigación.....	35
2.8	Análisis de fiabilidad.....	36
2.9	Escala de Resiliencia	36
2.10	Test ASSIST	37
2.1	Estadística inferencial	45
2.10.1	Resiliencia entre variables sociodemográficas.....	45
2.1.1	Diferenciación entre cantidad de sustancias de consumo y nivel de resiliencia	46
CAPÍTULO 3. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		48
3.1.	Discusión de los resultados	48
3.1.1.	Introducción	48
3.1.2.	Capacidad de resiliencia en los estudiantes.....	48
3.1.3.	Consumo de sustancias en los estudiantes.....	50
3.1.4.	Relación entre resiliencia y los factores sociodemográficos.....	51
3.1.5.	Relación del consumo de sustancias y capacidad de resiliencia.....	53
3.2.	Conclusiones.....	54
3.3.	Recomendaciones	55
4.	BIBLIOGRAFÍA	57
5.	ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Constitución de la familia de los participantes	31
Tabla 2. Situación socioeconomica de los participantes.....	31
Tabla 3. Año de educación de los participantes.....	31
Tabla 4. Sexo de los participantes.....	31
Tabla 5. Con quienes viven los participantes.....	31
Figura 1 Distribución porcentual de sujetos por nivel de resiliencia	37
Tabla 6 Relación entre consumo de sustancias y edad.....	38
Tabla 7 Distribución general del consumo de sustancias	39
Tabla 8 Distribución de consumo de sustancias según la frecuencia	40
Tabla 9 Ansiedad por consumo de sustancias en adolescentes	41
Tabla 10 Problemas de salud asociados con el consumo	42
Tabla 11 Cambios de hábito asociados al consumo.....	43
Tabla 12 Motivos de preocupación por consumo	44
Tabla 13 Control de consumo	44
Tabla 14 Nivel de riesgo de consumo en adolescentes.....	45
Tabla 15 Diferencias entre variables sociodemográficas.....	46
Tabla 16 Relación Rho de Spearman entre Edad y Nivel de Resiliencia.....	46
Tabla 17 Relación entre nivel de resiliencia y consumo de sustancias.....	47

1 CAPÍTULO I: RESILIENCIA, ADOLESCENCIA Y CONSUMO

1.1 Dimensiones del constructo Resiliencia

1.1.1 *Introducción*

Con el análisis del constructo resiliencia se abordan los diferentes modelos teóricos que han marcado la investigación y la práctica, señalando aquellos que han sido más relevantes, así como la perspectiva que han adoptado y se mantiene en la actualidad. También se tratan dos aproximaciones que domina la conceptualización en cuanto a la resiliencia y que son las ideas del desarrollo positivo adolescente y aquella de los factores de riesgo y de protección, ambas de mucha utilidad para la investigación que se lleva a cabo.

1.1.2 *Desarrollo positivo de la adolescencia*

Aunque la investigación sobre el tema se ha dirigido a los riesgos para el desarrollo y las conductas desadaptativas, también a un vocabulario centrado más en los déficits, no por ello dejan de ser relevantes las referencias a competencias, expectativas o relaciones significativas. Si bien es cierto que ha sido demostrada la hipótesis secuencial se reconoce así mismo que las situaciones de riesgo no necesariamente llevan a un resultado de consumo de sustancias psicoactivas (Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando & Pertegal, 2010).

De acuerdo con Castillo (2012) lo anterior ha llevado a la pregunta de cómo se entiende el proceso por el cual algunos adolescentes a pesar de la adversidad que enfrentan en términos de pobreza, violencia u oportunidades limitadas hayan conseguido superarla, y por qué otros no. En este sentido se han propuesto modelos de un ajuste positivo que permita a los adolescentes satisfacer sus necesidades, desarrollar la competencia social y ganar en autonomía. Uno de dichos modelos sobre el desarrollo positivo en la adolescencia, que ha ganado vasta aceptación, es el de las “las 5 ces” (Oliva et al., 2010).

El modelo de las “las 5 ces” está basado en la competencia social y en el desarrollo positivo durante la adolescencia y tiene sus raíces en el modelo de competencia de Albee (1980) surgido en el ámbito de la psicología comunitaria. En este sentido se

señalan también los trabajos de Waters & Sroufe (1983) sobre la competencia social como un constructo adecuado para indicar un buen desarrollo en una etapa evolutiva determinada.

Desde el enfoque que provee el modelo apuntado el cambio en la conducta es una consecuencia de las interacciones entre la persona en desarrollo, con sus características biológicas y psicológicas, su familia, comunidad y la cultura en que está inmersa. Por ello el modelo plantea que se han de estudiar las vías que permitan crear un ajuste óptimo entre el adolescente y su contexto.

Castillo (2012) expone el modelo de desarrollo positivo de las “las 5 ces” resaltando: a) competencia, referida a la capacidad para mostrar un buen desempeño en distintas áreas de actividad (social, académica, cognitiva y vocacional) e Incluye habilidades como la asertividad, resolución de conflictos y toma de decisiones; b) confianza, como sentido interno de valoración positiva de uno mismo y de autoeficacia referida a la autoestima e identidad; c) conexión, referido a los vínculos positivos con personas (familia, iguales, adultos) y que se refleja en intercambios bidireccionales; d) carácter, como respeto por las normas sociales y culturales, la adquisición de modelos de conducta adecuada incluyendo el autocontrol y la ausencia de problemas externos o conductuales; y e) cuidado y compasión, como sentido de simpatía, empatía e identificación con los demás.

De acuerdo con Oliva et al. (2010) si bien el vocabulario del déficit está orientado a identificar los problemas y desajustes, este modelo de desarrollo positivo adolescente, además de definir competencias que configuran un perfil resiliente, lleva asociado el concepto de “activos” para el desarrollo, o sea, los recursos personales, familiares, escolares o comunitarios que proporcionan el apoyo y la adecuada experiencia para la evolución positiva durante la adolescencia.

1.1.3 Modelos teóricos sobre la resiliencia

La psicología ha ido evolucionando de una perspectiva centrada en los trastornos y en la intervención terapéutica hacia otra centrada en las competencias personales y en el proceso de optimización. De acuerdo con Morales & Díaz (2011) el estudio de

la resiliencia comparte las premisas de la psicología positiva, por lo que, como afirman dichos autores, este nuevo enfoque ha dejado de lado el estudio de la patología, para enfocarse hacia las fortalezas, teniendo como sus principales objetivos “mejorar la calidad de vida de las personas y prevenir la aparición de trastornos mentales”.

Galindo (2017) menciona que los modelos teóricos de la resiliencia aparecen principalmente a lo largo de la segunda generación, que comienza a mediados de los años noventa hasta nuestros días. Durante esta época las investigaciones se ocupan de analizar las dinámicas del proceso resiliente. Para ello, plantea la autora, fue necesario por un lado investigar la relación entre los distintos factores y por otro elaborar modelos que permitan promover la resiliencia mediante programas de intervención.

En este sentido Puig & Rubio (2011) presentan una clasificación en función de tres categorías: a) modelos descriptivos cuya finalidad es explicar el fenómeno de la resiliencia; b) modelos de trabajo o aplicación que, partiendo de teorías y modelos contrastados, plantean propuestas que buscan la promoción y favorecimiento de la misma y c) modelos mixtos, que son aquellos que explican el proceso de la resiliencia y plantean alternativas para su promoción.

Entre los modelos descriptivos más influyentes basados en la resiliencia están los planteados por Grotberg (1995) o modelo de las verbalizaciones, Suárez (2001) o modelo de resiliencia comunitaria, y el estudio de Vanistendael & Lecomte (2002) o modelo de la casita. Los modelos mixtos de mayor reconocimiento son los de Henderson & Milstein (2003) o resiliencia en la escuela, y el modelo de Walsh (2004) o resiliencia familiar.

De acuerdo con Galindo (2017) en los modelos de trabajo y aplicación quedarían incluidos todos los proyectos que se han llevado a cabo y que se están realizando en el ámbito de la resiliencia. Según la autora este último tipo de modelos son muy comunes en Latinoamérica, donde la acción se impone a la teorización.

También de acuerdo con Galindo (2017) la perspectiva interaccionista del concepto de resiliencia es la compartida por la mayoría de los autores, quienes la definen como "un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad".

En este sentido se plantea que la resiliencia es un rasgo propiamente humano, en tanto este se constituye en la interacción social. Desde esta perspectiva se incluyen tres componentes en el concepto de resiliencia: a) la noción de adversidad o amenaza al desarrollo humano, b) la adaptación positiva o superación de la adversidad y c) el proceso que considera los factores de riesgo y protección a diferentes niveles (Restrepo, Vinaccia, Quiceno & Japcy, 2011; Alonso, Camacho, Armendáriz, Alonso, Ulloa & Pérez, 2016; Galindo, 2017).

El último aspecto de los señalados arriba significa tener en cuenta tanto los factores que pertenecen al individuo como los que se producen fuera del sujeto, es decir, en relación a la familia, la escuela o la comunidad.

Al adoptarse que la resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, se asume por tanto que los factores que pertenecen al propio individuo, a su identidad y personalidad, como la capacidad cognitiva, los rasgos físicos del sujeto y los referentes al campo afectivo, están en relación con los factores externos que pueden variar en cuanto a importancia y significado (Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017).

1.1.4 Factores de riesgo y de protección

Desde los primeros estudios los autores se han orientado a un enfoque evolutivo de la resiliencia. La persona está en cambio permanente como consecuencia de las circunstancias del ciclo vital. Ello es de especial interés ya que plantea un aspecto importante y que es la relación que tiene la resiliencia con la adolescencia. Se señala el papel activo del adolescente, quien tiene que potenciar sus recursos para dar alternativas ante las diferentes situaciones y sobre todo lograr desarrollar aquellos para superar las adversidades en su devenir cotidiano.

Se acepta que los factores de riesgo son aquellos que aumentan las probabilidades de tener respuestas negativas ante la adversidad; los factores protectores serían las condiciones capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017).

De acuerdo con Forés & Grané (2012) ello puede verse como una metáfora del río. Los factores de protección serían los que alimentan la corriente, todos ellos forman el caudal del río. Por otra parte, estarían los factores de riesgo que son los obstáculos que se interponen al curso. Si los factores de riesgo son importantes o numerosos y los de protección son escasos o débiles, el proceso de resiliencia no avanzará, de la misma forma que un río con poco caudal si debe hacer frente a obstáculos insuperables.

Según Fernández (2010) el concepto de factores de riesgo y de protección tiene dos características: a) son un concepto relacional, un aspecto dado como factor de riesgo o protección no significa que necesariamente tenga que producirse el resultado; y b) su estatus es condicional y probabilístico, el resultado depende de un número determinado de variables donde algunas son propias del riesgo (duración, intensidad, tiempo de exposición) y otras son características de la población a la que se asocia (sexo, edad, nivel socioeconómico).

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia no dependen de un único factor, sino que son de naturaleza multidimensional (Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017). En un estudio realizado por Tomasini (2012) se ha establecido un listado de factores de riesgo y de protección agrupados en tres categorías diferentes: individual, familiar y social. Estos factores fueron identificados de las diferentes investigaciones llevadas a cabo sobre la resiliencia y donde se puede apreciar un amplio resumen de los mismos.

Los factores individuales hacen referencia a las circunstancias que conforman a un sujeto único, la forma en que se asimile los cambios propios de la etapa de la adolescencia, así como las características individuales determinará, por un lado,

que actúen como factores de riesgo (facilitando la probabilidad del consumo de sustancias) o como factores de protección (manteniendo alejado al adolescente de esta conducta).

En este sentido las características individuales estarán asociadas con estrategias de afrontamiento específicas, que adquirirán los adolescentes a través de su interacción con el ambiente y de esta forma desarrollan un determinado perfil resiliente (Saavedra & Villalta, 2008; Morales & González, 2014; Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017). De acuerdo con Fernández (2010) el desafío al trabajar con adolescentes en condiciones de vulnerabilidad es lograr, en primer lugar, reconocerlos como un grupo con necesidades propias y, de este modo, poder advertir cómo se puede proveer las condiciones necesarias para su desarrollo.

Los principales factores individuales que son analizados en la bibliografía como predictores en cuanto al consumo de sustancias en la adolescencia son: la edad, el género, la identidad, el estado emocional, los recursos de que dispone, los valores y autoestima, la expectativa hacia el uso de sustancias psicoactivas, entre otros (Saavedra & Villalta, 2008; Morales & González, 2014; Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017).

También múltiples estudios demuestran que determinadas situaciones familiares están asociadas con una mayor probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes (Hermida & Secades, 2008; Morales & González, 2014; Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017). El consumo de sustancias psicoactivas tiene como base un proceso de socialización en el que influye de forma destacada la familia.

Esta relación ha sido tratada ampliamente y donde se han identificado una serie de aspectos como la estructura y composición familiar, las conductas familiares hacia el consumo, relaciones afectivas y comunicación, la disciplina familiar, entre otros (Hermida & Secades, 2008; Morales & González, 2014; Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017).

Los diferentes espacios sociales han sido tratados así mismo por múltiples investigaciones como una de las influencias más importantes en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido suele establecerse una categorización que distingue entre las influencias de tipo microsociales y aquellas de tipo macrosociales (Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017).

La importancia que tiene el centro escolar, no sólo en la formación académica sino también en diversos aspectos del desarrollo durante el periodo vital que abarca desde la infancia hasta la adolescencia, es incuestionable. La escuela como agente socializador y educativo del adolescente, juega un papel importante en su adaptación psicosocial (Galindo, 2017).

Las investigaciones muestran que de la escuela ser percibida como un medio hostil, donde no se pueden establecer relaciones interpersonales positivas, puede llevar al adolescente a buscar el apoyo y la compañía de otros jóvenes en situaciones de dificultad o marginación, pudiendo aumentar así las posibilidades del consumo de sustancias psicoactivas (Hermida & Secades, 2008; Morales & González, 2014; Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017).

Por otro lado, con la adolescencia disminuye el control conductual parental sobre los hijos. Los adolescentes pasan más tiempo con el grupo de iguales y menos con la familia o solos. Los lugares a los que acceden también se diversifican y amplían y, con ellos, las posibilidades de iniciarse en el consumo de sustancias (Galindo, 2017).

Entre los factores macrosociales se señalan entonces los siguientes: las leyes y normas favorables o no al consumo, accesibilidad y disponibilidad de las sustancias, marginación y desorganización del vecindario, movilidad, publicidad, medios de comunicación, etc. (Hermida & Secades, 2008; Morales & González, 2014; Restrepo et al., 2011; Alonso et al., 2016; Galindo, 2017).

1.1.5 Conclusiones

El proceso de la resiliencia no es innato, es algo que tiene que construir el propio sujeto con el desarrollo de estrategias de afrontamiento específicas. Por ello, hablar

de resiliencia en la adolescencia es apostar por modelos de intervención más apreciativos, los cuales tengan en cuenta las potencialidades, los recursos, el desarrollo humano, las soluciones, los aspectos positivos y la inclusión. En este sentido puede apreciarse que el desarrollo positivo requiere de algo más que evitar conductas de riesgo, precisa además la consecución de una serie de logros evolutivos por parte del adolescente.

Por otra parte, ha sido posible reconocer que el punto de partida en el análisis relacional entre la resiliencia y el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes puede bien ser el de los factores de riesgo y de protección. Los factores de riesgo a su vez no pueden considerarse como negativos absolutos, pudo constatarse que son de naturaleza multidimensional por lo que es necesario contemplarlos en el contexto donde aparezcan y tener en cuenta la sensibilidad que el adolescente concreto muestre hacia ese elemento (Galindo, 2017).

1.2 Aspectos del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes

1.2.1 *Introducción*

En este apartado se aborda el análisis, a un nivel mayor de especificidad que en el anterior, de los aspectos del consumo de sustancias psicoactivas en relación a la adolescencia. Para ello se presentan las ideas de mayor aceptación en cuanto al consumo de sustancias, se exponen también algunos enfoques sobre la adolescencia y la tarea principal en esta etapa que es el logro de la identidad como característica o rasgo de primer orden. Se finaliza entonces con el estudio de modelos explicativos del consumo de sustancias psicoactivas, con énfasis en un modelo secuencial como sistematización adecuada sobre la iniciación y mantenimiento de dicho consumo.

1.2.2 *Apreciación del consumo de sustancias psicoactivas*

En la actualidad se ha reemplazado el término droga por el desustancia psicoactiva. El concepto genérico se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, familiar y social, así como

síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y abstinencia (Martín et al., 2009).

Se destaca también en la bibliografía los aspectos relacionados con las conductas de consumo. En este sentido y de acuerdo con Ruiz (2010), cabe diferenciar cinco tipos de conductas en relación al consumo de sustancias psicoactivas: a) abstinerente, no consume ninguna sustancia; b) experimental, consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en una cantidad muy reducida; c) ocasional, se trata de un consumo intermitente de cantidades a veces importantes cuya principal motivación es la integración grupal a través de mayores niveles de desinhibición personal; d) habitual, consumo compulsivo con trastorno del comportamiento que da lugar a una serie de consecuencias sociales importantes; y e) dependiente, el propósito del consumo es mantener su funcionamiento basal y aliviar los síntomas de abstinencia que aparecen al dejar de consumir.

El otro aspecto a tener en cuenta en las tendencias actuales del consumo de sustancias psicoactivas es considerar la percepción del daño por los problemas físicos, psicológicos y sociales que ello acarrea. Los estudios muestran que ante las sustancias psicoactivas se mantiene una sensación de control del consumo, el llamado mito del control, lo que hace que disminuya aún más la percepción del daño (Jiménez, Beamonte, Marqueta, Gargallo & Nerín, 2009; Melo & Castanheira, 2010; Cortés, Espejo, Jiménez, Luque, Gómez & Motos, 2011; García del Castillo, 2012). En este sentido se plantea que el consumo no se halla tanto ligado a una respuesta pasiva frente a la oportunidad, sino que las decisiones sobre el uso de sustancias psicoactivas están relacionadas con la percepción sobre el beneficio o daño que ello supone. El consumo se presenta de esta forma como consecuencia de la percepción que se tengan sobre los daños asociados al mismo, ejerciendo de fuerza reguladora de la motivación hacia las sustancias psicoactivas (García del Castillo, 2012).

De acuerdo con lo planteado se reconoce que la percepción de un daño constituye un proceso cognitivo individual, que se desarrolla en el plano subjetivo, y una vez procesado se convierte en evidencia para el sujeto. En este sentido estudios como los de Ruiz, Lucena, Pino & Herruzo (2010) y los de Moral & Ovejero (2011)

demuestran que la percepción del daño se considera como uno de los aspectos de mayor impacto en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes.

1.2.3 Enfoques sobre la identidad en la adolescencia

La mayoría de los autores que han estudiado los diferentes cambios que se producen en los seres humanos a lo largo de su ciclo vital, consideran la adolescencia como el periodo que se inicia con la pubertad, que es el momento donde se producen una serie de cambios físicos y hormonales en el organismo que a su vez propician toda una serie de cambios psicológicos y sociales. Tales cambios sitúan a los adolescentes en un periodo de búsqueda de la propia identidad que conlleva la construcción constante de la personalidad en el tránsito de la infancia a la edad adulta (Weissmann,2012).

De acuerdo con Castillo (2012) hay tres principios que siguen siendo fundamentales para la visión contemporánea de la adolescencia: a) los cambios biológicos, cognitivos y sociales definen las características de los adolescentes y el desarrollo de su personalidad; b) el desarrollo social y de la personalidad conlleva transformaciones más en las capacidades psicológicas ya existentes que en nuevos temas que se plantean por primera vez en la adolescencia; y c) el impacto de los cambios biológicos, cognitivos y sociales sobre la personalidad y el desarrollo social se moderan a través de los contextos proximal y distal en que se producen estos cambios.

Los principios señalados llevan a la afirmación de que el pensamiento de los adolescentes está en función de procesos sociales, emocionales y cognitivos. El pensamiento a su vez afecta el desarrollo del juicio, la toma de decisiones y la asunción de riesgos. En este sentido y de acuerdo con Lerner & Steinberg (2009) hay dos perspectivas que se imponen en la etapa actual del estudio sobre la adolescencia, esto es, la utilización de marcos conceptuales complejos donde se pueda integrar toda la información existente en el desarrollo de la adolescencia, y el reconocimiento de que la principal tarea psicosocial del adolescente se concreta en alcanzar la identidad que lo hace ser un sujeto único con un sentido de propósito en la vida.

Ambas perspectivas son de gran importancia teniendo en cuenta el desarrollo del perfil resiliente del adolescente. Más adelante se analizará un modelo de los llamados comprensivos; en este momento resulta útil analizar el marco propuesto por Erikson (1974) sobre la identidad como tarea psicosocial en la adolescencia.

De los trabajos de Erikson se ha definido la identidad como una organización interna, construida y dinámica, de impulsos, habilidades, creencias e historia individual (Cid, Espadalé, Carreras & Fernández, 2015).

Los autores citados reconocen así mismo que el compromiso representa un resultado positivo del proceso, refiriéndose a la elección del individuo acerca de los aspectos que definen su individualidad en relación con la selección de una ocupación, la amistad, pertenencia a un grupo, cuestiones morales, entre otros aspectos. Propio a la individualidad, también, está la disposición o no al consumo de sustancias psicoactivas.

En función del grado de exploración y compromiso, los cuatro estatus de identidad que se derivan de los trabajos de Erikson son (Cid et al., 2015): a) identidad difusa, donde el adolescente no ha hecho un proceso de exploración para encontrar una identidad ni se ha comprometido de manera significativa; b) identidad hipotecada, donde el adolescente de este tipo ha asumido un compromiso sin exploración mediante la adopción de los roles y valores de figuras con las cuales se identifica; c) identidad moratoria, donde el adolescente, en este caso, está en una fase de exploración activa pero aún no ha establecido compromisos claros por lo que necesita encontrar para sí roles socialmente aceptables; y d) identidad alcanzada, donde el adolescente ha finalizado el período de exploración, superando una fase de moratoria, y adopta una serie de compromisos relativamente estables y firmes.

Cid et al. (2015), en referencia a otros autores, plantean que es posible dividir los estatus de identidad señalados en dos grupos: a) activos y maduros, formados por las identidades alcanzada y moratoria, generalmente asociados a características positivas (altos niveles de autonomía y razonamiento moral); y b) pasivos e inmaduros, formados por las identidades hipotecada y difusa, asociados a

características más bien negativas (bajo nivel de autonomía y razonamiento moral, mayor grado de convencionalidad y conformismo).

Los propios autores reconocen así mismo que pueden darse procesos de compromisos concretos de tipo negativo en una categoría u otra, aunque de distintas maneras, y con ello desarrollarse una respuesta desadaptativa.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas éste tiene un marcado carácter social. Ya Elkind (1967) planteaba en general la inmadurez cognitiva o el egocentrismo propio de la adolescencia. En este sentido el pensamiento adolescente se orienta a la reflexión sobre sus experiencias y a la capacidad para centrarse en uno mismo.

El propio autor señala que los adolescentes suelen considerar únicas sus vidas, sus pensamientos y experiencias, presentando un sentido de seguridad sobredimensionada relacionada con las limitaciones del adolescente para el razonamiento probabilístico, que lleva a su vez a previsiones erróneas y a una mayor implicación en conductas de riesgos.

1.2.4 Modelos explicativos sobre el consumo en los adolescentes

Existen una gran variedad de teorías para explicar los procesos de adquisición, mantenimiento y abandono del consumo de sustancias psicoactivas. En general se presentan explicaciones parciales, ya sea de carácter fisiológico, psicológico o social. De esta forma pueden verse modelos del consumo de sustancias como el de la acción razonada de Fishbein & Ajzen, el de desarrollo social de Hawkins & Weiss, el de la ecología social de Kumpfer & Turner, el del aprendizaje social de Simons, Conger & Withbeck, el de la influencia trídica de Flay & Petraitis, entre otros que han tenido una gran influencia en el tema (Fernández, 2010).

En la actualidad la tendencia es a utilizar marcos conceptuales complejos donde se pueda integrar toda la información existente. En este sentido se ha propuesto incluso una teoría para la conducta de riesgo en los adolescentes como es la de Jessor (1992). Este modelo tiene en cuenta los factores de riesgo y de protección, las conductas y los resultados.

El énfasis es en toda conducta que comprometa el desarrollo personal y la adaptación social durante la adolescencia. Esta teoría integradora plantea así cinco dominios: factores genéticos y biológicos, el entorno social, el entorno percibido, la personalidad y la conducta. De acuerdo con Sanchez (2016) el modelo apunta también al contexto social y no sólo al individuo, el contexto potencia, en muchos casos, tales conductas de riesgo.

Según la propia autora, una historia familiar de alcoholismo en el dominio biológico como factor de riesgo puede tener a la inteligencia del adolescente como factor de protección; la pobreza como riesgo en el medio social puede tener a las escuelas y a la cohesión familiar como protección; en cuanto a la personalidad, una baja autoestima puede tener como protección la valoración del peligro por el consumo; para la conducta de una mala ejecución escolar como riesgo, la implicación en tareas y clubes voluntarios puede ser un factor de protección.

Lucena (2013) señala además que también hoy se utilizan modelos donde se siga una perspectiva secuencial, o sea, de las distintas etapas del consumo relacionadas con la propia evolución física, psicológica y social de la persona. Uno de los modelos más extendidos de este enfoque es el modelo comprensivo y secuencial de Becoña (1999, 2006).

El modelo señalado arriba parte del hecho que el consumo de drogas se desarrolla de manera secuencial siguiendo una serie de fases. Con este modelo es posible organizar la información disponible sobre el consumo, así como los factores de riesgo y de protección que han sido identificados para un programa de intervención. De acuerdo con Fernández (2010) las distintas fases que se dan en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas son: a) fase previa o de disposición; b) fase de conocimiento; c) fase de experimentación e inicio al consumo; d) fase de consolidación del uso al abuso y a la dependencia; e) fase de abandono; y f) fase de recaída.

Con este modelo se identifican desde las primeras etapas las personas con una mayor probabilidad de consumir por presentar una serie de factores de riesgo que las hacen más vulnerables y las predispone al consumo, la información que el

adolescente obtiene acerca de las sustancias proveniente del entorno en el que desarrolla su vida, disponibilidad de la sustancia, estado emocional una vez que se ha producido el mantenimiento del consumo y las habilidades de afrontamiento, consecuencias positivas o negativas que siguen a dicho consumo, causas externas e internas del abandono del consumo, entre otras que conforman la noseología secuencial del consumo de sustancias psicoactivas.

1.2.5 Conclusiones

Queda evidenciado el énfasis sobre las distintas conductas de consumo en su relación con las posibles pautas de actuación o intervención. En este sentido conocer los factores que propician el paso de una conducta a otra resulta determinante para la prevención en aquellos individuos que inician el consumo de sustancias psicoactivas. Importante también es la noción de daño como proceso cognitivo del sujeto, los adolescentes con una alta percepción del daño tienen menor probabilidad de consumir frente a los que tienen una baja percepción de ese daño.

Importante además es la tendencia es a utilizar marcos conceptuales complejos, entre ellos los modelos donde se siga una perspectiva secuencial del consumo de sustancias psicoactivas. Ello se orienta a la comprensión del inicio y mantenimiento del consumo entre los adolescentes, así como a diseñar programas de prevención eficaces.

1.3 Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas

1.3.1 Introducción

En este capítulo se tratan las principales aproximaciones para la prevención en el consumo de sustancias psicoactivas. Se exponen de esta forma los resultados que se reconocen en la bibliografía para los programas que hasta la actualidad se han implementado. Se hace énfasis también en la oportunidad que ofrece el enfoque de los factores de riesgo y de protección para la prevención.

1.3.2 Programas tradicionales de prevención

Según Fernández (2010) los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas se han basado, fundamentalmente, en una educación informativa centrada en presentar los daños asociados al uso de estas sustancias. Se ha llevado a cabo también una educación afectiva, normalmente desde el ámbito escolar, en un intento de mejorar la autoestima de los adolescentes, de fomentar la toma de decisiones y lograr el enriquecimiento personal. De manera adicional, se han desarrollado intervenciones dirigidas a enseñar al adolescente actividades alternativas al uso de drogas que le puedan reportar resultados gratificantes en contraposición a aquel supuesto por el consumo de sustancias.

El análisis de los resultados de los programas informativos han mostrado que, si bien estas estrategias han permitido profundizar en el conocimiento de las consecuencias del uso de sustancias y, en algunos casos, han logrado un cambio en las actitudes de los adolescentes con respecto al mismo, cuando se aplican de manera exclusiva o única, son raros los casos que han mostrado tener un verdadero impacto sobre la conducta de aquellos que se han iniciado en el consumo de sustancias psicoactivas (Colomer, Cortes & Esparza, 2012).

De forma similar, los programas basados en la educación afectiva y el fomento de actividades alternativas se han mostrado, en general, ineficaces por si solos. No obstante, la mayor parte de los autores coinciden en subrayar que, aunque con estos programas no se producen cambios importantes en el comportamiento real de los jóvenes, se obtiene un incremento importante tanto de los conocimientos como de la propia autoestima (Colomer et al., 2012; Ramos, 2013).

1.3.3 El enfoque psicosocial a la prevención

El enfoque psicosocial a los programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es más complejo que el enfoque tradicional y se dirigen a los factores psicológicos y sociales que median en el consumo. Concretamente, sus estrategias van encaminadas al entrenamiento de las habilidades de afrontamiento de los jóvenes con el fin de que puedan resistir las influencias y las presiones

sociales hacia el uso de sustancias (Fernández, 2010; Colomer et al., 2012; Ramos, 2013). Se distinguen aquí dos grandes tipos de programas: 1) los que tienen como objetivo el fomento de habilidades de afrontamiento específicas para el consumo; y 2) los que llevan a cabo un entrenamiento en habilidades generales de manejo cotidiano.

Los enfoques psicosociales tienen una serie de diferencias con respecto a los planteamientos tradicionales mencionados (Fernández, 2010): a) se basan en una comprensión más amplia y completa de las causas del abuso de sustancias entre los adolescentes; b) se sustentan en teorías reconocidas sobre la conducta humana; c) utilizan técnicas cuya eficacia ha sido probada empíricamente; d) los estudios de evaluación muestran un mayor rigor metodológico y se utilizan diseños de investigación más útiles. Los autores además reconocen que este tipo de enfoque supone un avance hacia la prevención eficaz al superar muchos de los elementos condicionantes presentes en el tema (Fernández, 2010; Forés & Grané, 2012; Tomasini; 2012).

Los programas desde esta perspectiva han tenido una gran trascendencia ya que han permitido reducir el consumo de sustancias en poblaciones escolares. Muestran, en general, resultados alentadores a corto plazo, en comparación a la efectividad de los enfoques tradicionales.

Sin embargo, los resultados a largo plazo parecen ser menos consistentes e indican que los efectos de estos programas no se mantienen en años posteriores a su implementación (Fernández, 2010; Forés & Grané, 2012; Tomasini; 2012). Los propios autores señalan que, a pesar de las limitaciones, la perspectiva psicosocial sigue siendo una de las aproximaciones más defendidas en la prevención del consumo de sustancias.

1.3.4 El enfoque de los medios de comunicación

Los programas que se llevan a cabo desde el enfoque de los medios de comunicación se basan en la influencia que ejercen estos medios en el desarrollo de actitudes, creencias, normas y conductas en la población (Forés & Grané, 2012).

Los adolescentes siguen estando expuestos de forma continua a mensajes de uso de sustancias comercializadas, lo que podría explicar una mayor tolerancia del consumo.

Los resultados de la influencia de las campañas publicitarias se han mostrado contradictorios e inconsistentes. Mientras unas investigaciones señalan que este tipo de intervenciones pueden incrementar el conocimiento sobre las sustancias, modificar las actitudes y conseguir cambios normativos significativos, otras sostienen que no tienen efecto alguno o pueden potenciar el consumo (Fernández, 2010; Colomer et al., 2012).

1.3.5 El enfoque comunitario

Las intervenciones comunitarias tienen un carácter más complejo y son más cercana a la realidad personal y social del uso de sustancias psicoactivas. El abuso de sustancias es un proceso progresivo y crónico con múltiples causas y factores, por lo que las estrategias preventivas deben adaptarse a las diferentes etapas del problema e implicar a los distintos factores que afectan el comportamiento de los adolescentes: el individual, el familiar y el social (Fernández, 2010; Forés & Grané, 2012).

El enfoque comunitario se orienta a las redes de apoyo social y así incidir en el entorno incorporando a grupos, organizaciones e instituciones dentro de un sistema organizado. Por lo general, se llevan a cabo a través de mediadores comunitarios o agentes cercanos a la población (educadores, personal sanitario, trabajadores sociales, líderes locales o responsables de instituciones)(Fernández, 2010).

Para conseguir resultados mediante las intervenciones comunitarias, se deben tener en cuenta las dificultades tanto prácticas como metodológicas. La presencia en estos programas de un gran número de variables (familiares, comunitarias, escolares, publicitarias, etc.) limita valorar correctamente cada uno de los factores que contribuyen a los resultados finales o determinar si la acción de alguno de ellos se ajusta de forma eficaz a los objetivos planteados. El control puede por tanto

llegar a ser una tarea de difícil solución desde un punto de vista práctico (Fernández, 2010; Forés & Grané, 2012; Galindo, 2017).

1.3.6 El enfoque basado en los factores de riesgo y protección

En el campo de la prevención, el enfoque de los factores de riesgo y protección ha sido de gran importancia. Estos programas están basados en las categorías de los factores de riesgo y de protección planteándose como intervenciones globales que combinan acciones entre las escuelas, las familias, los agentes sanitarios, las políticas y otros recursos comunitarios (Fernández, 2010; Colomer et al., 2012; Forés & Grané, 2012; Galindo, 2017). Los propios autores reconocen que este tipo de actuaciones que se basan en la naturaleza y secuencia del consumo, así como en los factores presentes en cada etapa pueden ser determinantes para la prevención en los adolescentes.

Cuando los factores de riesgo no son tan susceptibles de cambio, tienen entonces mayor relevancia los factores de protección como alternativa para la prevención del uso de sustancias (Fernández, 2010; Forés & Grané, 2012; Galindo, 2017). Las estrategias de acción se han dirigido en este caso a los factores de protección que han mediado o moderado los efectos de la exposición al riesgo. La mayoría de los autores reconocen como promisorios los resultados de los programas con este enfoque.

1.3.7 Conclusiones

Se evidencia la base teórica sobre la que se sustentan los programas de prevención. Desde una perspectiva secuencial, incluir el enfoque de los factores de riesgo y de protección parece ser una vía muy satisfactoria para la prevención. Resultan por tanto prometedoras las intervenciones basadas en el manejo de los factores de riesgo presentes en períodos críticos del desarrollo, como en la potenciación de aquellos otros factores que parecen proteger al individuo del consumo de sustancias psicoactivas.

2 CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

2.1 Introducción

La investigación bibliográfica y de campo siguió un proceso sistemático y secuencial de análisis del contenido, físico o virtual, que sirvió de fuente conceptual y metodológica. También se orientó a contrastar el estudio para una realidad concreta comprobando así la información en circunstancias reales. No se limitó solo a medir de manera independiente conceptos o variables, se planteó también un marco de acción como producto de los resultados y validación de procesos de intervención a aplicar en un futuro. A continuación, se describen los métodos, técnicas y procedimientos que fueron utilizados en la presente investigación.

2.2 Objetivos generales

Partiendo de que en la Unidad Educativa “Jardín del Azuay” se presentaron situaciones de remisión a la Unidad de Desarrollo Social del GAD Municipal de Gualaceo por motivos de consumo y problemas conductuales, el contacto con los adolescentes llevó al acercamiento a la Unidad Educativa con el motivo de tratar la siguiente situación: *realizar un diagnóstico sobre los sucesos de consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva del desarrollo positivo de los estudiantes en esta etapa de la adolescencia.*

Teniendo en cuenta este contexto nos planteamos los siguientes objetivos:

Delimitar la relación entre la resiliencia y el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes.

Los objetivos específicos de la investigación fueron entonces los siguientes:

- a) *Analizar la capacidad de resiliencia en los estudiantes.*
- b) *Conocer cómo se manifiesta el consumo de sustancias en los estudiantes.*
- c) *Valorar la relación entre la capacidad de resiliencia y los factores sociodemográficos.*
- d) *Valorar la relación del consumo de sustancias y la capacidad de resiliencia.*

2.3 Hipótesis

Para las hipótesis no se buscó verificar una dirección específica. Se estuvo abierto a los resultados plausibles y fue tratada la opción que emergió del estudio de los datos. Se contrastó solo la suposición de lo que en cada hipótesis se propone, mientras que la discrepancia con la proposición implicaba su rechazo. Se adoptó de esta manera una perspectiva de guía en las hipótesis para entender mejor las pautas principales que se dan en los resultados y con ello estructurar la discusión de los mismos.

Las hipótesis derivadas de los objetivos de la investigación, se las enuncia de la siguiente manera:

- H1: *El nivel de resiliencia en los estudiantes, según el perfil, tiende a ser medio.*

Los fundamentos fueron los siguientes: a) la adolescencia implica una etapa de compromiso sin exploración mediante la adopción de roles y valores de figuras de identificación precoz; y b) con la adolescencia disminuye el control

conductual sobre los hijos, estos pasan más tiempo con el grupo de iguales y los lugares a los que acceden se diversifican y amplían.

- H2: *La mayor incidencia en el consumo se da en las bebidas alcohólicas y tabaco.*

Los fundamentos fueron los siguientes: a) cuando las sustancias psicoactivas están socialmente aceptadas, el uso se vive con naturalidad; y b) la percepción del daño constituye un proceso cognitivo individual, que se desarrolla en el plano subjetivo y una vez procesado se convierte en evidencia para el sujeto.

- H3: *El nivel de resiliencia depende del sexo y la edad.*

Los fundamentos fueron los siguientes: a) el pensamiento adolescente se orienta a la reflexión sobre sus experiencias y a la capacidad para centrarse en uno mismo; y b) las características individuales están asociadas a estrategias de afrontamiento específicas, que adquirirán los adolescentes y de esta forma desarrollan un determinado perfil resiliente.

- H4: *El nivel de resiliencia en los estudiantes que no consumen sustancias es mayor.*

Los fundamentos en la formulación de la hipótesis fueron los siguientes: a) el carácter, como activo de un desarrollo positivo, es visto como la adquisición de modelos de conducta adecuados incluyendo la ausencia de problemas conductuales; y b) el consumo no se halla tanto ligado a una respuesta pasiva frente a la oportunidad, sino que las decisiones sobre el uso de sustancias están relacionadas con la percepción sobre el daño que supone.

2.4 Variables de la investigación

Se definió como variable independiente *el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes.*

Se definió como variable dependiente *la capacidad de resiliencia de los estudiantes.*

Las variables sociodemográficas analizadas fueron la *edad, sexo, estructura familiar, situación socioeconómica, año de estudio, hijos, embarazos, perdida de seres queridos.*

2.5 Descripción de la muestra

El universo de estudio o población estuvo conformado por los 700 estudiantes del nivel de bachillerato de la Unidad Educativa “Jardín del Azuay” del cantón Gualaceo.

Para delimitar la muestra se siguieron estos criterios de inclusión:

- a) *Estudiantes que hayan dado favorablemente el consentimiento. (Ver anexo 2)*
- b) *Estudiantes matriculados en el periodo lectivo 2017-2018.*
- c) *Estudiantes que tengan una edad igual o mayor a los 15 años.*

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- a) *Estudiantes que no hayan dado el consentimiento.*
- b) *Estudiantes que no están matriculados en el periodo lectivo 2017-2018.*
- c) *Estudiantes que tengan una edad menor a los 15 años.*

La muestra quedó compuesta entonces por 665 estudiantes de bachillerato. La edad media fue de 16,51, Desv. Tip. 1,343, y estuvo distribuida de la forma que aparece en las tablas a continuación.

Tabla 1 Constitución de la familia de los participantes

Constitución de la Familia:	Ambos Padres		Ambos padres y hermanos		Familia extendida: vive con tíos y/o abuelos, etc.		Monoparental solo con uno de sus padres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	35	5,3%	268	40,3%	140	21,1%	222	33,4%

Tabla 2 Situación socioeconómica de la familia de los participantes

Situación socioeconómica:	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
	61	9,2%	575	86,5%	29	4,4%

Tabla 3 Año de educación de los participantes

Año de Educación:	1er BGU		2do BGU		3er BGU	
	n	%	n	%	n	%
	291	43,8%	164	24,7%	210	31,6%

Tabla 4 Sexo de los participantes

Sexo	Hombre		Mujer	
	n	%	n	%
	347	52,2%	318	47,8%

Tabla 5 Con quienes viven los participantes

Vive con:	Familiares		Solo	
	n	%	n	%
	660	99,2%	5	0,8%

2.6 Métodos y técnicas de investigación

Con el término de método se hace referencia a la manera de razonamiento y con el de técnicas a los procesos de acción que permiten recoger información dentro de la investigación (Sampieri, Collado & Lucio, 2014). Para el estudio se utilizó los siguientes métodos teóricos y técnicas de investigación:

- *Hipotético-deductivo*. Se refiere al contexto de justificación, se ven las teorías como conjeturas o suposiciones para proporcionar una explicación adecuada de algunos aspectos y que luego han de ser comprobadas. Si los resultados

corroboran las hipótesis, se genera confianza en la teoría. En la investigación se proponen hipótesis a partir de inferencias de principios y conocimientos generales que son luego contrastadas con los datos obtenidos.

- *Cuestionario*. Se trata de un medio de recopilación de datos estandarizado que traduce determinados problemas que son objeto de investigación. Ello se realiza mediante la formulación escrita de una serie de preguntas que, respondidas por los sujetos, permiten estudiar el hecho y verificar hipótesis formuladas (Sampieri, Collado & Lucio, 2014). En la investigación fueron utilizados instrumentos que ya constituyen modelos reconocidos en este ámbito.

2.6.1 Test de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

El test de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), de la Organización Mundial de la Salud, busca identificar en las personas el tipo y frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas. El test consiste en 8 preguntas y un resultado diagnóstico individual del riesgo de daños por el consumo de sustancias que se puede apreciar en el anexo 1.

Con este instrumento la variable *consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes* es operacionalizada en las siguientes dimensiones: a) *tipo de consumo*; b) *frecuencia del consumo*; c) *situaciones por el consumo*; y d) *riesgo de daños*.

El tipo de consumo se determina a su vez con las sustancias psicoactivas siguientes: a) *tabaco*; b) *bebidas alcohólicas*; c) *cannabis*; d) *cocaína*; e) *estimulantes de tipo anfetamina*; d) *inhalantes*; f) *sedantes o pastillas para dormir*; g) *alucinógenos*; h) *opiáceos*; i) *otras*. La frecuencia del consumo para las sustancias dadas se establece de la forma siguiente: a) *alguna vez*; y b) *en los últimos tres*

meses. El consumo en los últimos tres meses se determina además en las subcategorías: 1) *nunca*; 2) *una o dos veces*; 3) *mensualmente*; 4) *semanalmente*; y 5) *casi diariamente*. Por su parte las situaciones por el consumo se establecen de la forma siguiente: a) *deseos o ansias de consumir*; b) *problemas de salud, sociales, legales o económicos*; c) *abandono de hábitos*; d) *preocupación de terceros*; y e) *reducción o eliminación del consumo*. Cada situación presentada se determina además con las subcategorías: 1) *nunca*; 2) *una o dos veces*; 3) *mensualmente*; 4) *semanalmente*; y 5) *casi diariamente*. Todo ello conforma la subescala que debe tratarse a partir de las dimensiones de la variable.

Con el test ASSIST se identifican además tres grupos de sujetos por la forma en que completan el mismo. Los que no han consumido sustancia alguna dejan el cuestionario en la primera pregunta. Los que han consumido alguna vez, pero no en los últimos tres meses, pasan a la dimensión de situaciones por el consumo. Los que han consumido sustancias en los últimos tres meses definen cómo ha sido ello en la subescala correspondiente y luego pasan a las situaciones por el consumo. Al final se establece en todos los sujetos el riesgo individual de daño para cada sustancia a partir de la puntuación del test. Dicho riesgo de daño puede ser *bajo*, *moderado* o *alto*.

Varios estudios realizados en Latinoamérica en estudiantes, residentes de la salud, empresas, etc., demostró una consistencia interna según el alfa de Cronbach que varió entre 0.73 y 0.90 subrayándose la fiabilidad del test.

2.6.2 Test de Resiliencia de Wagnild y Young

Este test de resiliencia creado por Wagnild y Young en 1987 busca identificar la capacidad en los sujetos a los que se aplica. El test consta de 25 afirmaciones y todas ellas se presentan en una escala tipo Likert marcada de 1 a 7.

Con este instrumento la variable *capacidad de resiliencia de los estudiantes* es operacionalizada en las siguientes dimensiones: a) *aceptación de sí mismo*; y b) *competencias personales*. Más sencillo que el otro instrumento, de las 25 afirmaciones 8 son referidas a la *aceptación de sí mismo* y 17 a las *competencias personales*. Para cada afirmación se da la subescala siguiente: 1) *totalmente en desacuerdo*; 2) *muy en desacuerdo*; 3) *un poco en desacuerdo*; 4) *neutral*; 5) *un poco de acuerdo*; 6) *muy de acuerdo*; 7) *totalmente de acuerdo*.

Para el diagnóstico de la capacidad de resiliencia se suman todos los valores y el total se divide por el número de afirmaciones. El resultado obtenido permite entonces determinar una capacidad de resiliencia según la siguiente categorización: a) *baja*, 1 a 2.59 puntos; b) *media*, 2.6 a 4.09 puntos; c) *media alta*, 4.1 a 5.59 puntos; d) *alta*, 5.6 a 7 puntos.

De destacar en el instrumento creado por Wagnild y Young es que demostró una consistencia interna según el alfa de Cronbach que varió entre 0.76 y 0.90. Los estudios fueron realizados por los autores en cuidadores de enfermos, estudiantes femeninas graduadas, residentes de alojamientos públicos, etc., dando una alta fiabilidad del test que se puede apreciar en el anexo 1.

2.7 Fases de la investigación

El trabajo de campo se desarrolló en el cantón Gualaceo en el nivel de bachillerato general unificado de la Unidad Educativa “Jardín del Azuay”. La recopilación y análisis de la información se llevó a cabo teniendo en cuenta las siguientes fases:

a) Solicitud de permisos.

Se realizó el oficio de solicitud del proyecto de investigación al director de la Unidad Educativa “Jardín del Azuay”. Una vez aprobada dicha solicitud se procedió a lograr el consentimiento informado de los estudiantes y de las familias de éstos para todo el nivel de bachillerato. Una vez lograda estas acciones se conformó la muestra de estudiantes seleccionados.

b) Aplicación de los cuestionarios y consideraciones éticas.

Se coordinó la aplicación de los cuestionarios mediante el apoyo de los inspectores y encargados de la informática en la Unidad Educativa. Era necesario proceder a la visualización de los cuestionarios en 20 computadoras al haberse previsto el uso de las aplicaciones de Google. Se procedió entonces a aplicar los cuestionarios para cada paralelo en el horario matutino de lunes a viernes hasta abarcar el total de la muestra. Fue resaltada en cada sesión la confidencialidad de las respuestas y la importancia del estudio para futuras propuestas de intervención en beneficio de los adolescentes. Dada la modalidad empleada para los cuestionarios era registrado al momento de su realización el número de estudiantes y las respuestas obtenidas.

c) Construcción de la base de datos.

d) Calificación.

e) Análisis de los resultados.

La información obtenida de los cuestionarios fue procesada mediante el análisis estadístico. Se realizaron dos grupos de pruebas: las pruebas de fiabilidad de los instrumentos, específicamente de consistencia interna; y las pruebas para el análisis de los datos, propias al análisis descriptivo y para el análisis de correlación de las variables.

Para el cálculo de la consistencia interna se utilizó el alfa de Cronbach, que es un índice utilizado en escalas donde la respuesta a los ítems tiene dos o más valores. Con el fin de analizar los datos que se habían recabado con los cuestionarios se realizaron las siguientes pruebas: análisis de frecuencias y porcentajes; la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S); la prueba Rho de Spearman; la prueba Kruskal-Wallis; y la prueba U de Mann-Whitney. Se utilizó además para ello el programa de paquetes estadísticos SPSS en su versión 21.

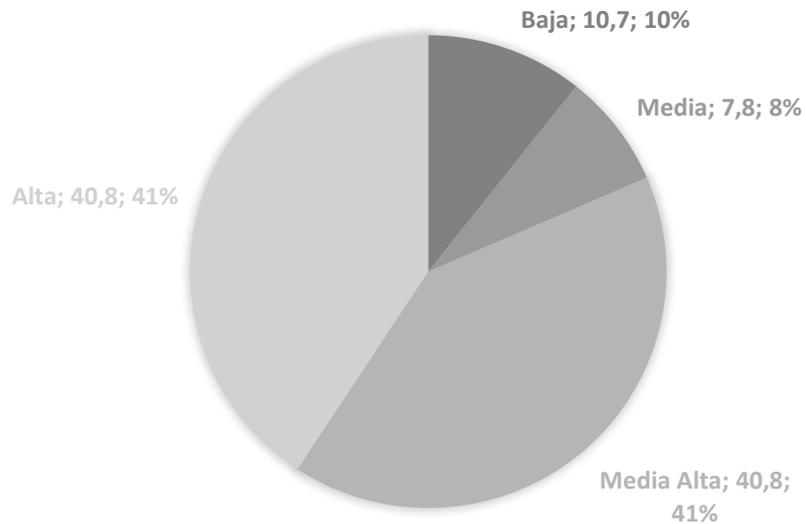
2.8 Análisis de fiabilidad

El alfa de Cronbach del test de Resiliencia y del test ASSIST fue de ,76 y ,77 respectivamente mostrando ambos una favorable consistencia interna. Se trataba además de modelos reconocidos y extendidos en su uso.

2.9 Escala de Resiliencia

La mayoría de los estudiantes investigados presentan un nivel de resiliencia entre alta y media alta frente a una minoría de estudiantes que presentan una baja y medio nivel. (Ver Figura 1)

Figura 1 Distribución porcentual de sujetos por nivel de resiliencia.



2.10 Test ASSIST

La mayoría de los participantes señalan consumir entre ninguna y al menos dos tipos de sustancias. A la edad de 15 años, la mayoría no consume ningún tipo de estupefaciente. Por otra parte, entre los 16 y 17 años los estudiantes tienden a consumir al menos dos tipos de drogas. (Ver Tabla 6)

Tabla 6 Relación entre consumo de sustancias y edad

Consumo de sustancias	Edad													
	15		16		17		18		19		20		21	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguna sustancia	91	45,0%	37	18,3%	44	21,8%	20	9,9%	8	4,0%	1	,5%	1	,5%
Consume al menos 1 sustancia	56	24,0%	62	26,6%	66	28,3%	33	14,2%	13	5,6%	2	,9%	1	,4%
Consume al menos 2 sustancias	21	15,7%	24	17,9%	46	34,3%	31	23,1%	8	6,0%	3	2,2%	1	,7%
Consume al menos 3 sustancias	5	9,4%	15	28,3%	17	32,1%	12	22,6%	3	5,7%	1	1,9%	0	0,0%
Consume al menos 4 sustancias	5	25,0%	5	25,0%	6	30,0%	3	15,0%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consume al menos 5 sustancias	2	25,0%	2	25,0%	2	25,0%	1	12,5%	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%
Consume al menos 6 sustancias	1	20,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consume al menos 7 sustancias	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consume al menos 8 sustancias	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consume al menos 9 sustancias	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consume al menos 10 sustancias	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Los tipos de drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguida de la marihuana y de tranquilizantes para dormir como se puede apreciar en la tabla 7.

Tabla 7 Distribución general del consumo de sustancias

Consumo de:	No		Sí	
	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	467	70,2%	198	29,8%
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	228	34,3%	437	65,7%
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	589	88,6%	76	11,4%
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	643	96,7%	22	3,3%
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	650	97,7%	15	2,3%
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	639	96,1%	26	3,9%
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	614	92,3%	51	7,7%
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	647	97,3%	18	2,7%
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	654	98,3%	11	1,7%
Otros	627	94,3%	38	5,7%

Es importante señalar que a pesar de que los estudiantes habían señalado que no son consumidores de alguno de los tipos de drogas, otros señalaron consumir al menos 1 o 2 veces en su vida. Lo que más frecuente consumo en la población de estudio es las bebidas alcohólicas en la semana y el mes, ver tabla 8.

Tabla 8 Distribución de consumo de sustancias según la frecuencia

Frecuencia de Consumo:	Ninguna		1 o 2 veces		Cada semana		Cada mes		A diario o casi a diario	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	469	70,5	137	20,6	17	2,60	36	5,40	6	0,90
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	226	34,0	332	49,9	31	4,70	75	11,3	1	0,20
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	596	89,6	45	6,80	5	0,80	12	1,80	7	1,10
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	646	97,1	15	2,30	0	0,00	3	0,50	1	0,20
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	652	98,0	12	1,80	0	0,00	0	0,00	1	0,20
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	649	97,6	13	2,00	1	0,20	1	0,20	1	0,20
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	618	92,9	35	5,30	3	0,50	5	0,80	4	0,60
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	652	98,0	9	1,40	1	0,20	2	0,30	1	0,20
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	657	98,8	5	0,80	0	0,00	3	0,50	0	0,00
Otros	638	95,9	19	2,90	1	0,20	3	0,50	4	0,60

La mayor cantidad de estudiantes participantes no presenta ansiedad por consumo de ninguna sustancia, las bebidas alcohólicas son las drogas donde más altos índices de ansiedad por consumo se evidencia ya sea 1 o 2 veces, cada mes y cada semana respectivamente seguido por el tabaco y el cannabis respectivamente, ver tabla 9.

Tabla 9 Ansiedad por consumo de sustancias en adolescentes

Ansiedad por consumo:	Ninguna		1 o 2 veces		Cada semana		Cada mes		A diario o casi a diario	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	533	80,2	93	14,0	16	2,4	17	2,6	6	,9
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	376	56,5	211	31,7	25	3,8	51	7,7	2	,3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	611	91,9	33	5,0	11	1,7	6	,9	4	,6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	653	98,2	9	1,4	1	,2	2	,3	0	0,0
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	653	98,2	8	1,2	0	0,0	4	,6	0	0,0
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	656	98,6	7	1,1	0	0,0	1	,2	1	,2
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	629	94,6	27	4,1	0	0,0	6	,9	3	,5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	655	98,5	6	,9	0	0,0	3	,5	1	,2
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	658	98,9	6	,9	0	0,0	1	,2	0	0,0
Otros	646	97,1	14	2,1	1	,2	2	,3	2	,3

La mayor cantidad de adolescentes refiere no haber tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos por consumo de las diferentes sustancias ya que nunca han consumido, mientras que los que sí han consumido se resalta que el consumo de bebidas alcohólicas es la droga donde más se evidencia que existen problemas de salud, sociales, legales o económicos ya sea por 1 o 2 ocasiones, cada mes y cada semana respectivamente. Seguido del tabaco y el cannabis, ver tabla 10.

Tabla 10 Problemas de salud asociados con el consumo

Problemas de salud, sociales, legales o económicos por consumo de:	Ninguna		1 o 2 veces		Cada semana		Cada mes		A diario o casi a diario	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	570	85,7	74	11,1	6	0,9	10	1,5	5	,8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	453	68,1	167	25,1	12	1,8	30	4,5	3	,5
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	628	94,4	24	3,6	3	0,5	6	,9	4	,6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	655	98,5	8	1,2	0	,0	2	,3	0	0,0
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	657	98,8	6	0,9	0	0,0	2	,3	0	0,0
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	658	98,9	6	0,9	0	0,0	1	,2	0	,0
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	639	96,1	20	3,0	0	0,0	3	,5	3	,5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	658	98,9	4	,6	1	0,2	2	,3	0	,0
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	660	99,2	5	,8	0	0,0	0	,0	0	0,0
Otros	647	97,3	11	1,7	2	,3	2	,3	3	,5

En cuanto al cambio de hábitos por consumo de sustancias los resultados evidencian de igual manera que la mayor cantidad de estudiantes sometidos al cuestionario mencionan que ninguna vez han tenido cambios de hábitos porque nunca han consumido, mientras que los índices más altos donde se evidencian el cambio de hábitos por consumo son en las bebidas alcohólicas, seguido del tabaco y el cannabis ya sea 1 o 2 veces, cada mes y cada semana respectivamente, ver tabla 11.

Tabla 11 Cambios de hábito asociados al consumo

Cambio de hábitos por consumo de:	Ninguna		1 o 2 veces		Cada semana		Cada mes		A diario o casi a diario	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	529	79,5	83	12,5	9	1,4	27	4,1	17	2,6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	427	64,2	162	24,4	11	1,7	47	7,1	18	2,7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	605	91,0	28	4,2	2	0,3	11	1,7	19	2,9
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	636	95,6	7	1,1	1	,2	5	,8	16	2,4
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	640	96,2	4	0,6	2	0,3	3	,5	16	2,4
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	636	95,6	7	1,1	1	0,2	4	,6	17	2,6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	619	93,1	20	3,0	4	0,6	4	,6	18	2,7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	637	95,8	5	,8	1	0,2	6	,9	16	2,4
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	637	95,8	6	,9	2	0,3	4	,6	16	2,4
Otros	628	94,4	11	1,7	3	,5	5	,8	18	2,7

Dentro de la preocupación de familiares o amigos por consumo de sustancias, la mayoría de los estudiantes evaluados responden que nunca, ya que no han consumido por lo tanto no existe la preocupación de sus familiares o amigos, mientras que la droga que más incide en la preocupación de familiares o amigos por su consumo son las bebidas alcohólicas ya sea en los últimos 3 meses u en otros meses, seguido por el tabaco y el cannabis, ver tabla 12.

Tabla 12 Motivos de preocupación por consumo

Preocupación de familiares o amigos por consumo de:	Ninguna		Sí, en los últimos tres meses		Sí, pero no en los últimos 3 meses	
	n	%	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	508	76,4	99	14,9	58	8,7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	426	64,1	166	25,0	73	11,0
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	582	87,5	61	9,2	22	3,3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	623	93,7	31	4,7	11	1,7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	637	95,8	17	2,6	11	1,7
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	637	95,8	18	2,7	10	1,5
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	624	93,8	31	4,7	10	1,5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	639	96,1	16	2,4	10	1,5
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	637	95,8	17	2,6	11	1,7
Otros	628	94,4	24	3,6	13	2,0

En cuanto al control, reducción o dejar de consumir drogas, de igual manera resalta que la mayoría de los adolescentes mencionan que nunca ya que no han consumido, mientras que la droga donde más alto es el índice en tratar de controlar, reducir o dejar de consumir son de igual manera las bebidas alcohólicas ya sea en los últimos 3 meses o en otros meses, seguido del tabaco, cannabis y tranquilizantes, ver tabla 13.

Tabla 13 Control de consumo

Control, reducción o dejar de consumir:	Ninguna		Sí, en los últimos tres meses		Sí, pero no en los últimos 3 meses	
	n	%	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	509	76,5%	115	17,3%	41	6,2%
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	439	66,0%	176	26,5%	50	7,5%
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	575	86,5%	52	7,8%	38	5,7%
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	613	92,2%	31	4,7%	21	3,2%
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	617	92,8%	25	3,8%	23	3,5%
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	612	92,0%	31	4,7%	22	3,3%
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	604	90,8%	38	5,7%	23	3,5%
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	615	92,5%	28	4,2%	22	3,3%
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	617	92,8%	26	3,9%	22	3,3%
Otros	613	92,2%	26	3,9%	26	3,9%

El test Assist además de arrojar resultados sobre el consumo, frecuencia y tipología, analiza el nivel de riesgo de consumo de sustancias. En general, la mayoría de la población de estudio mostró un nivel bajo en todas las sustancias, en donde se resalta al tabaco y el alcohol como sustancia de riesgo moderado relevante, ver tabla 14.

Tabla 14 Nivel de riesgo de consumo en adolescentes

Nivel de riesgo de consumo de:	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	430	64,7%	219	32,9%	16	2,4%
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	374	56,2%	254	38,2%	37	5,6%
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	538	80,9%	117	17,6%	10	1,5%
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	594	89,3%	68	10,2%	3	,5%
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	607	91,3%	58	8,7%	0	0,0%
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	603	90,7%	62	9,3%	0	0,0%
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	576	86,6%	84	12,6%	5	0,8%
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	607	91,3%	57	8,6%	1	0,2%
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	608	91,4%	57	8,6%	0	0,0%
Otros	593	89,2%	68	10,2%	4	,6%

Los porcentajes están señalados por la frecuencia de respuesta, el porcentaje es calculado en una base de 665 personas que contestaron.

2.1 Estadística inferencial

La distribución de datos según la prueba de Kolmogórov-Smirnov, determinó que existe una anormalidad en el comportamiento de los datos ($p=,000$), por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas.

2.10.1 Resiliencia entre variables sociodemográficas

En las variables sexo, constitución de la familia, sucesos en la vida no se encontraron diferencias significativas ($p \geq ,005$), ver tabla 15.

Tabla 15 Diferencias entre variables sociodemográficas

			n total	\bar{X}	DT	P	
Nivel de Resiliencia	Sexo	Hombre	347	4,98	1,45	0,832	
		Mujer	318	4,96	1,44		
	Constitución de la Familia	Ambos Padres		35	4,56	1,81	0,422
		Ambos padres y hermanos		268	4,96	1,37	
		Familia extendida: vive con tíos y/o abuelos, etc.		140	5,05	1,46	
		Monoparental solo con uno de sus padres		222	5,00	1,47	
	Usted ha vivido:	Embarazos (usted o su pareja)		5	3,80	2,36	0,312
		Embarazos (usted o su pareja), Hijos, Pérdidas de seres queridos		4	5,90	,40	
		Embarazos (usted o su pareja), Pérdidas de seres queridos		2	6,14	,31	
		Hijos		7	5,42	,92	
		Hijos, Pérdidas de seres queridos		1	5,44		
		Ninguna de las anteriores		390	4,90	1,52	
Pérdidas de seres queridos		256	5,08	1,32			

*Nota: Para sexo se considera el grado de Sig. Según U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para constitución familiar y acontecimientos familiares.

Según la prueba Rho de Spearman, existe una relación positiva entre la edad y el nivel de resiliencia ($r=,257$; $p=,000$). Este valor indica que, a mayor edad, mayor nivel de resiliencia, sin embargo, no se puede afirmar contundencia ya que el nivel de Rho es pobre, ver tabla 16.

Tabla 16 Relación Rho de Spearman entre Edad y Nivel de Resiliencia

Rho de Spearman	Edad
Coeficiente de correlación	,257**
Nivel de Resiliencia Sig. (bilateral) p valor	0
n	665

2.1.1 Diferenciación entre cantidad de sustancias de consumo y nivel de resiliencia

La prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes determinó que existe al menos una diferencia significativa entre cantidad de sustancias y el nivel de resiliencia ($p=,01$).

Según la prueba U de Mann-Whitney entre pares determinó que existe diferencias significativas entre las personas que no consumían ninguna sustancia con los que consumen al menos una ($p=,000$) y con aquellos que consumen al menos tres tipos

de sustancias ($p=,001$). Los estudiantes quienes no consumen ninguna sustancia muestran niveles menores de resiliencia que aquellos que si consumen al menos una y tres sustancias. (Ver Anexo 3, Tabla 17)

Tabla 17 Diferencias con prueba U de Mann Whitney

Diferencia por grupos de consumo		n	\bar{X}	DT	P
Nivel de Resiliencia	Ninguna sustancia	202	4,61	1,66	.0
	Consume al menos 1 sustancia	233	5,15	1,28	
Nivel de Resiliencia	Ninguna sustancia	202	4,61	1,66	0,001
	Consume al menos 3 sustancias	53	5,43	1,09	

CAPÍTULO 3. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Discusión de los resultados

3.1.1. Introducción

Con la investigación fue delimitada la relación entre resiliencia y el consumo de sustancias. Con ello fue posible estructurar la discusión de los resultados a partir de los conceptos que modelan, en esencia, las variables definidas en relación a la adolescencia. La capacidad de resiliencia, el consumo de sustancias, resiliencia y factores sociodemográficos, consumo y capacidad de resiliencia, entre otros aspectos, fueron analizados de esta manera.

3.1.2. Capacidad de resiliencia en los estudiantes

La hipótesis H1, *el nivel de resiliencia en los estudiantes tiende a ser medio*, es rechazada de acuerdo a los resultados. El análisis determinó que la mayoría de los estudiantes obtuvieron puntuaciones correspondientes a una capacidad de resiliencia de media alta y alta, siendo el porcentaje idéntico para ambas categorías de 40.8%. El 81.6% de los estudiantes de la muestra se ubicaron en este rango. La suposición de una mayoría de estudiantes en el rango de las categorías media y media alta estuvo dada en cambio por el 48.6% de los estudiantes de la muestra. Por otra parte, solo el 18.5% de los estudiantes de la muestra se ubicó en el rango de una capacidad de resiliencia media y baja.

Aunque los resultados parezcan contradictorios, teniendo en cuenta que el desarrollo positivo adolescente es un proceso de logros evolutivos, éstos se corresponden a los diversos estudios realizados con el test de resiliencia de Wagnild y Young. Es necesario, no obstante, destacar los aspectos que influyen en esta valoración. Se conoce que el test de resiliencia utilizado se basa solo en características generales de la personalidad positiva como expresión de fuerza emocional, permitiendo así evaluar el nivel de adaptación psicosocial frente a sucesos relevantes en la vida (Wagnild & Young, 1993). De esta manera es aplicado por igual tanto a adolescentes como a adultos con resultados similares para los factores que explican la variabilidad en las respuestas. Los resultados mostraron la

disposición de la muestra en el rango media alta y alta, 81.6%, como reconocimiento de un valioso nivel de independencia, ecuanimidad, perseverancia, flexibilidad, etc. Sin embargo, es importante señalar como extremo la categoría baja, 10.7%, representativa de estudiantes con una marcada dificultad, como cualidad, para realizar sus propósitos y superar las adversidades que puedan experimentar.

Por otro lado, están los trabajos para la conciliación psicométrica del test de Wagnild y Young en varios países. Ello tiene relevancia para una posible interpretación al asumirse una influencia de la cultura condicionando los resultados de la aplicación del instrumento. En estos casos los ítems y afirmaciones siguen siendo los mismos, pero el análisis factorial ha mostrado resultados diversos. En Latinoamérica, Brasil y Argentina, se ha señalado un tercer factor de variabilidad identificándose conceptualmente con el término de ajuste cognitivo o adaptación asertiva. Si los primeros, competencia y aceptación de sí, podrían ser entendidos como atributos o habilidades, el tercer factor se entiende como mecanismo para reducir el impacto emocional, o sea, para mantener una actitud adecuada que evite el desgaste en situaciones difíciles (Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré, De Bortoli & Labiano, 2009). En la investigación, los ítems señalados no producen cambios en los resultados, solo lleva a la consideración de este aspecto como reconocimiento de su capacidad para el rango de media alta y alta, 81.6% de los estudiantes, así como de dificultad para la categoría baja, 10.7% de los estudiantes.

Un último aspecto, son los aportes para la comprensión de los extremos que se dan con el test de Wagnild y Young. Ello es importante al pensar sobre un plan de acción o intervención a realizar. Algunos trabajos dan a conocer estudios comparativos con el uso de una muestra de riesgo y una muestra normativa, planteando correlaciones entre determinadas situaciones y la capacidad de resiliencia. De esta manera se reconoce una relación positiva de la capacidad de resiliencia con la satisfacción y el apoyo social, así como una relación negativa con los síntomas depresivos y la violencia interparental (Restrepo et al., 2011; Vara & Rodríguez, 2011). Aunque un estudio de este tipo estaba fuera del alcance de la investigación realizada, la información ya reconocida constituye también un recurso utilizable. En este sentido las correlaciones negativas sirven como indicios en el

trabajo con los estudiantes que presentan una capacidad de resiliencia baja. También, las correlaciones positivas son útiles como metas en programas que busquen y promuevan el desarrollo positivo de los adolescentes.

3.1.3. Consumo de sustancias en los estudiantes

La hipótesis H2, *la mayor incidencia en el consumo se da en las bebidas alcohólicas y tabaco*, es aceptada de acuerdo a los resultados. El análisis determinó que la mayoría de los estudiantes que manifiesta haber consumido sustancias psicoactivas se refieren al tabaco y a las bebidas alcohólicas. La suposición de una mayor incidencia de estas sustancias es corroborada por un total de 635 estudiantes de la muestra, el porcentaje muestra un 29.8% en el consumo de tabaco y un 65.7% para las bebidas alcohólicas. También se muestran consumos en el resto de las sustancias señalándose el cannabis con 11.4%, la cocaína con 3.3%, inhalantes con 3.9%, alucinógenos con 2.7%, e incluso opiáceos, que implica también la vía intravenosa, con un 1.7%.

Los resultados eran los esperados y se corresponden a los diversos estudios realizados con el test ASSIST. El tabaco y las bebidas alcohólicas son sustancias legales, independientemente de que esté prohibida su venta para los menores de edad son de fácil acceso. El consumo además tiene una marcada influencia del entorno social en la adolescencia. En cuanto a los extremos, estudios realizados, incluidos estudiantes de bachillerato de Ecuador, mostró resultados similares a aquellos señalados en el epígrafe anterior. Se vieron correlaciones significativas entre determinadas situaciones y el consumo, reconociéndose en este caso una relación negativa con la satisfacción y el apoyo social, así como una relación positiva con síntomas depresivos (Restrepo et al., 2011; Vara y Rodríguez, 2011; Benítez, 2016).

El análisis de la subescala, o sea, frecuencia y situaciones por el consumo, mostró una menor incidencia del consumo en los últimos tres meses en relación con algún consumo ocasional, alguna vez, anteriormente. La excepción es el caso de las bebidas alcohólicas con un 60.1% de los estudiantes que han consumido en los últimos tres meses, de ellos el 49.9% manifiesta haberlo hecho una o dos veces. No

obstante, son importantes las cifras para el tabaco, 29.5% y 20,6% una o dos veces, y cannabis, 10.5% y 6,8% una o dos veces. Se señalan también consumos en los últimos tres meses para la cocaína, alucinógenos, inhalantes y opiáceos. Por su parte las situaciones por el consumo muestran incidencia en la categoría de una o dos veces y así mismo para las bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis. De esta manera la ansiedad por el consumo se ve en las bebidas alcohólicas con un 31.7%, tabaco con un 14.0% y cannabis con un 5.0%; problemas de salud, sociales, legales o económicos por el consumo se ve en las bebidas alcohólicas con un 25.1%, tabaco con un 11.1% y cannabis con un 3.6%; abandono de hábitos por el consumo se ve en las bebidas alcohólicas con un 24.4%, tabaco con un 12.5% y cannabis con un 4.2%. La preocupación de terceros y reducción o eliminación del consumo se ve también con mayor énfasis en los últimos tres meses para las bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis. Estos resultados como tendencia se observan así mismo en otros estudios realizados en Latinoamérica donde coinciden factores y ocurrencia de los mismos (Soto, Huidobro, Artigas, Rivera, Escobar, Guzmán & Castillo, 2014; Sainz, Rosete, Rey, Vélez, García & Cisneros, 2016).

El análisis determinó, consecuentemente, la prevalencia de un riesgo bajo por el consumo de sustancias en la mayoría de los estudiantes de la muestra. No obstante, hay valores importantes de un riesgo moderado. La mayor incidencia está en las bebidas alcohólicas con 254 estudiantes que representa el 38.2% de la muestra, y el tabaco con 219 estudiantes que representa el 32,9% de la muestra. También de relativa importancia es el riesgo para el resto de las sustancias. Crítica en cambio es la situación en 72 estudiantes de la muestra que presentan un riesgo alto de daños por el consumo y asociado además al consumo de drogas pesadas. De igual forma los resultados como tendencia se observan en otros estudios realizados en Latinoamérica (Soto et al., 2014; Sainz et al., 2016).

3.1.4. Relación entre resiliencia y los factores sociodemográficos

La hipótesis H3, *la capacidad de resiliencia depende del sexo y la edad*, es rechazada de acuerdo a los resultados. El análisis determinó que, aunque existen diferencias éstas no son concluyentes como soporte de la suposición. Como se está en el ámbito de la significación y el análisis estadístico, son necesarias algunas

acotaciones en cuanto a la valoración que se hace. La verificación de la hipótesis se estructura en dos niveles que no son equivalentes: la significación sustantiva, cualitativa, y la significación estadística. Se sabe que el uso de esta última en las investigaciones se da cuando los resultados no son evidentes y se necesita de otro recurso. Por otro lado, el interés último de la investigación es llegar a un conocimiento sustantivo para la acción y por ello la forma adoptada para la valoración que se hace. El resultado debe entenderse como que se rechaza la suposición a partir de las pruebas estadísticas hechas, que a su vez siguen una lógica propia con la noción de hipótesis nula (H_0). También que el resultado no se asume de forma categórica, se incluye en el mismo la posibilidad de un análisis más profundo que defina mejor ese conocimiento adquirido.

En el caso de la variable sexo, la significación estadística en esta prueba da un valor de $p \geq .005$. El resultado implica que la probabilidad no es lo suficientemente baja para el rechazo de H_0 y adopción de H_1 , o sea, aquella que plantea que no habría ajuste. El resto de los factores sociodemográficos, excepto la edad, tienen resultados similares. En el caso de la variable edad la significación estadística de la prueba da un valor de $p \geq .000$, que sí es una probabilidad lo suficientemente baja para el rechazo de H_0 asumiéndose entonces una relación significativa. No obstante, siendo insuficiente solo la probabilidad es necesaria la información sobre la magnitud de la diferencia mediante una prueba de correlación, o sea, el análisis de la variación conjunta o simultánea. El coeficiente de Spearman da un valor de $r = .257$ que según el criterio de decisión resultó inferior al previsto para el nivel de significación adoptado, resultando así débil. Con ello no se plantea el rechazo de H_0 y por tanto no puede asumirse la relación o dependencia.

Aunque un resultado así puede parecer polémico se corresponde al de otros trabajos realizados con el test de Wagnild y Young. Es válido también aquí lo señalado antes: el test de resiliencia utilizado se basa solo en características generales de la personalidad positiva como expresión de fuerza emocional. De esa manera es aplicado tanto a adolescentes como a adultos y también con independencia de género. En este sentido los resultados de los trabajos mencionados que usan el test muestran diferencias significativas al adentrarse en

los factores en relación con la edad y el sexo. Sin embargo, para los resultados globales tales diferencias no son significativas (Rodríguez et al., 2009; Restrepo et al., 2011).

3.1.5. Relación del consumo de sustancias y capacidad de resiliencia

La hipótesis H4, *la capacidad de resiliencia en los estudiantes que no consumen sustancias es mayor*, es rechazada de acuerdo a los resultados. Siendo válido lo expuesto en el epígrafe anterior sobre la forma adoptada para la valoración, el análisis determinó que los estudiantes que han consumido hasta tres sustancias muestran una mayor capacidad de resiliencia que aquellos que no han consumido sustancias.

Para el consumo y resiliencia, la significación estadística de la prueba sobre k muestras da un valor de $p = .01$. El resultado muestra que la probabilidad no es lo suficientemente baja para el rechazo de H_0 y adopción de H_1 , o sea, aquella que plantea que no habría ajuste. Al indagarse en un sentido distinto al epígrafe anterior, se establece entonces una relación significativa. No obstante, es también necesaria la información sobre una magnitud de diferencia. La prueba U de Mann-Whitney para los pares da un valor de $p = .000$ entre las personas que no consumían con los que consumen al menos una sustancia presentando una diferencia significativa. La misma prueba da un valor de $p = .001$ entre las personas que no consumían con los que consumen al menos tres sustancias determinándose también una diferencia significativa. Con ello es posible el rechazo de H_0 en ambos casos y por tanto asumir H_1 para la que los valores de una de las muestras tienden a exceder a los de la otra. La diferencia es además favorable para aquellos que consumen sustancias psicoactivas en ambos casos.

Aunque el resultado puede parecer contradictorio se corresponde a los hallazgos de estudios realizados con el test ASSIST y otros instrumentos. Es válido también lo señalado antes: el test de resiliencia utilizado se basa solo en características generales de la personalidad positiva como expresión de fuerza emocional. Tres circunstancias marcan además el contexto de los resultados. Primero, de aquellos estudiantes de la muestra que han manifestado consumir sustancias psicoactivas

una mayoría no lo ha hecho en los últimos tres meses. Solo en el caso de las bebidas alcohólicas ello no es así, pero el consumo ha sido una o dos veces en ese periodo también para una mayoría significativa. Segundo, el consumo se da en la mayoría de estudiantes para las bebidas alcohólicas y tabaco. Y tercero, estas circunstancias señaladas determinan la prevalencia de un riesgo bajo por el consumo de sustancias psicoactivas en la mayoría de los estudiantes de la muestra. Otros estudios realizados sobre el consumo de sustancias psicoactivas muestran que el consumo ocasional de bebidas alcohólicas y tabaco, o de otra manera, un riesgo bajo por el consumo, no tiene consecuencias significativas en cuanto al desarrollo de un perfil de resiliencia adecuado (Restrepo et al., 2011; Soto et al., 2014; Benítez, 2016).

3.2. Conclusiones

La primera conclusión establecida es el reconocimiento de la relatividad presente en el tema de la resiliencia y la relación con el consumo de sustancias psicoactivas. No obstante, es también posible concluir que es factible y acertado abordar el tema mediante un programa de acción orientado al desarrollo de los procesos de resiliencia en los adolescentes. Los resultados muestran la necesidad de una intervención en este sentido en la unidad educativa “Jardín del Azuay”.

Otra conclusión que se deriva de la investigación es que los centros educativos no son solo un lugar donde adquirir nuevos conocimientos, sino también un espacio donde se reflejan y además ocurren situaciones de tensión cotidiana. Aunque los resultados muestren un nivel alto en la capacidad de resiliencia de los estudiantes y de igual forma un riesgo bajo por el consumo de sustancias psicoactivas, también exponen extremos para ambos casos de cierta importancia. En este sentido, debe, además, concluirse sobre el valor que adquiere promover la satisfacción y el apoyo social, entendidos como relaciones sociales positivas marcadas por el afecto y la aprobación. El análisis mostró que estos aspectos tienen una relación positiva con la capacidad de resiliencia, así como una relación negativa con el consumo de sustancias psicoactivas.

La naturaleza de la resiliencia es compleja y multidimensional. Se concluye en este sentido sobre la precaución que debe tenerse con los resultados de estudios de tipo instrumental incluida la presente investigación. Las situaciones de adversidad no son estáticas, cambian con los factores que las originan requiriendo a su vez la transformación de estrategias como conducta resiliente. También como conclusión se comprobó que más allá de los factores individuales los modelos utilizados como técnicas tienen limitaciones para tratar las variables familiares y sociales. En la investigación ello se hizo patente con los factores sociodemográficos y del entorno social.

3.3. Recomendaciones

Pese a las limitaciones muestrales del estudio y en vista de una posible acción se recomienda:

- Plantearse la evaluación de los factores de riesgo y de protección en el espacio social que abarcó la investigación. Ello puede estar orientado a la Unidad Educativa 'Jardín del Azuay' o a una muestra representativa del entorno escolar del cantón Gualaceo. Los factores de riesgo y protección constituyen una sistematización satisfactoria para tratar el consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de un desarrollo positivo de la adolescencia.
- Además de lo señalado arriba, debe valorarse ampliar el estudio a otros adolescentes de la zona del Azuay al constituir una población con patrones de interés común.
- Debe realizarse un estudio a profundidad sobre los factores sociodemográficos, principalmente el sexo, en cuanto a la incidencia que tienen en el desarrollo de un perfil resiliente. Aunque los resultados de la investigación no fueron relevantes en este sentido, en la actualidad se está abriendo paso la perspectiva de género en el tema de la resiliencia y el consumo de sustancias psicoactivas.
- Debe plantearse formalmente el desarrollo de un programa como intervención que siga a los estudios que se realicen sobre el tema. Ello puede

hacerse integrado a la gestión de las unidades educativas del cantón Gualaceo. También es de aprovechar la experiencia ya generalizada del proceso inclusivo en las escuelas, donde la gestión del mismo parece ser una plataforma adecuada para abordar el desarrollo de la resiliencia ante el consumo de sustancias psicoactivas.

- Para el logro de un programa de intervención adecuado, debe trabajarse en el desarrollo de talleres participativos sobre el tema con los docentes, tutores, familiares y alumnos. De esta interacción, además del conocimiento que se transmitiría, se obtendría una valiosa información sobre las vías óptimas para proceder en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal (Eds.) *Community psychology: Theoretical and empirical approaches*, 213-238. Nueva York: Gardner.
- Alonso Castillo, M. M., Camacho Martínez, J. U., Armendáriz García, N. A., Alonso Castillo, B. A., Ulloa Mayo, J. L. & Pérez Pérez, S. (2016). Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes del municipio de Cunduacán, Tabasco. *Ciencia UANL*, 19(79), 56-61.
- Aroca, C. & Cánovas P. (2014). Teorías acerca de la familia. En P. Cánovas y P. Sahuquillo (Coord.), *Familias y menores: retos y propuestas pedagógicas* (pp. 45-113). Valencia: Tirant Humanidades.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. (1999). *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: PNSD.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Cardozo, G. & Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182.
- Castillo, A. C. (2012). Conductas de riesgo en la adolescencia (*Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid*).
- Cid, M. T., Espadalé, M. L. P., Carreras, F. B. & Fernández, L. M. (2015). Estudios sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias pedagógicas*, 21, 211-224.

- Colomer Revuelta, J., Cortés Rico, O. & Esparza Olcina, M.J. (2012). *Programa de la infancia y la adolescencia*. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. & Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions*, 11(2), 179-202.
- Cruz, J. M. E. (2016). Elaboración y validación de un programa de intervención para mejorar la resiliencia en adolescentes dominicanos en situación de riesgo (*Tesis Doctoral, Universidad de Valencia*).
- Erikson, E.H. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. London: Faber & Faber.
- Fernández Bustos, P. (2010). Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes (*Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá*).
- Hermida Fernández, J. R., Secades Villa, R. & García Rodríguez, O. (2008). Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones*, 20 (1).
- Forés, A. & Grané, J. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos*. Madrid: Narcea.
- Galindo Gálvez, A. (2017). Inteligencia emocional, familia y resiliencia: un estudio en adolescentes de la Región de Murcia (*Tesis Doctoral, Universidad de Murcia*).
- García del Castillo, J.J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, 12(2), 133-151.
- González Arratia, N.I., Valdez, J.L.& Zavala, J.C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología* 13(1), 41-52.

- Grotberg, E. (1995). *The International Resilience Project: Promoting Resilience in Children*. Washington D.C., Civitan International Research Center, University of Alabama at Birmingham, ERIC Reports.
- Henderson, N. & Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- Hill, J.P. (1983). Early adolescence: A framework. *Journal of Early Adolescence*, 3, 1-21.
- Jiménez Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Lerner, R.M. & Steinberg, L. (2009). The scientific study of adolescent development. Historical and contemporary perspectives. En R.M Lerner y L. Steinberg, (Eds.). *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development*. Hoboken, New York: Wiley.
- Lucena Jurado, V. (2013). Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones en sustancias en los jóvenes en la provincia de Córdoba (*Tesis Doctoral, Universidad de Córdoba*).
- Martín del Moral, M.& Lorenzo Fernández, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C., Lizasoain, I. (coordinadores). *Drogodependencias, Farmacología, Patología. Psicología, Legislación*. 1-27. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamérica.
- Melo, D.S. & Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 18, 655-662.
- Morales, M. & Díaz, D. (2011). Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Uaricha Revista de Psicología*, 8(17), 62-77.

- Morales, M. & González, A. (2014). Resiliencia-autoestima-bienestar psicológico y capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento en liceos vulnerables. *Estudios Pedagógicos*, 40(1), 215-228.
- Moral, M.V. & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychological*, 10(1), 71-87.
- Oliva, A. Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. & Pertegal, M.A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 223-234.
- Puig, G. & Rubio, J.L. (2011). *Manual de Resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa.
- Ramos Estévez, R. (2013). Diseño, desarrollo y evaluación de instrumentos de medida de actitud hacia el alcoholismo en adolescentes (*Tesis Doctoral, Universidad de Córdoba*).
- Restrepo Restrepo, C., Vinaccia, S., Japcy, A., Quiceno, M., Alpi, S. V. & Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48.
- Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M., & Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar*, 9.
- Ruiz Olivares, R. (2010). ¿Y tú como te lo montas? Consumo de drogas en adolescentes. En: Ortega Ruiz, R., Del Rey Alamillo, R., Rojas Pedregosa, P. (coordinadores) *Ser Adolescente: riesgos y oportunidades*. 103-113. Córdoba: Artes Gráficas Unigraf, s.l.
- Ruiz Olivares R., Lucena V., Pino M.J. & Herruzo J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society & Education*, 2(1), 21-31.

- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit* (14), 31-40.
- Sainz, M. T., Rosete-Mohedano, M. G., Rey, G. N., Vélez, N. A. M., García, S. C. & Cisneros, D. P. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta edición. McGraw-Hill.
- Sanchez, I. S. (2016). Evaluación de los factores de riesgo y protección de un programa de prevención universal de las drogodependencias en el ámbito educativo (*Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid*).
- Soto-Brandt, G., Huidobro, R. P., Artigas, D. H., Rivera-Rei, Á., Escobar, M. J., Guzmán, N. S. & Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291-302.
- Suárez, E.N. (2001). Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria. En A. Melillo, y E. Suárez (Compiladores) *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (67-82). Buenos Aires: Paidós.
- Tomasini, G. A. (2012). *Resiliencia en educación especial: una experiencia en la escuela regular*. Barcelona: Gedisa.
- Vanistendael, S. & Lecomte J. (2002). *La felicidad es posible: Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos. Construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Vara, M. C. R., & Rodríguez, J. M. A. (2011). Validación psicométrica de la Escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 11(1), 51-65.

Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. Vol. 1.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Waters, E. & Sroufe, L.A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.

Weissmann, P (2012). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*. Consultado en <http://www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>.

5. ANEXOS

5.1 Anexo 1. Escala de consumo y resiliencia

Escala de consumo y resiliencia

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer el tipo de consumo de sustancias y el nivel de resiliencia.

A continuación se le presentarán dos cuestionarios en los cuales deberá responder según las opciones que usted aprecie como verdad.

Agradecemos su participación sin antes mencionar que toda la información aquí prestada tiene el carácter de confidencialidad, no será difundido de forma particular y tiene como único objetivo el de investigación.

Dirección de correo electrónico *

rdavid_90@hotmail.com

Usted acepta participar libre y voluntariamente en esta investigación *

- Sí
- No

Datos sociodemográficos

Sexo *

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no decirlo

Edad *

11

Año de Educación *

1 BGU

Sobre el Consumo de sustancias**P1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? ***

	SI	NO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Sobre el Consumo de sustancias

P2: ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? *

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre el Consumo de sustancias

P3: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? *

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre el Consumo de sustancias

P4: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre el Consumo de sustancias

P5: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? *

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre el Consumo de sustancias

P6: ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? *

	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre el Consumo de sustancias

P7: ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado? *

	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P8: ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *

	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de Resiliencia

Por favor lea las declaraciones siguientes. Usted encontrara 7 números que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Marque el número que mejor indica sus sentimientos sobre esa declaración. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una declaración marque “1”. Si usted es neutral, marque “4” y si usted está de acuerdo fuertemente marque “7”

Declaraciones *

	1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Un poco en desacuerdo	4 Neutra l	5 Un poco de acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
1-Cuando hago planes persisto en ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Normalmente enfrento los problemas de una u otra forma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Soy capaz de depender de mi mismo mas que otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Mantener el interés en las cosas es importante para mi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Puedo estar solo si es necesario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Siento orgullo por haber obtenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

cosas en mi vida

7- Normalmente consigo cosas sin mucha preocupación

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8- Me quiero a mi mismo

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9- Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

10- Soy decidido en las cosas que hago en mi vida

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

11- Rara vez pienso sobre porque suceden las cosas

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

12- Hago las cosas de una cada día

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

13- Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

14- Soy disciplinado en las cosas que hago

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

15- Mantengo el interés en las cosas

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

16- Normalmente puedo encontrar un

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

motivo para reír

17- Creer en mi mismo me hace superar momentos difíciles

18- En una emergencia las personas pueden contar conmigo

19- Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista

20-A veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera hacerlas

21-Mi vida tiene significado

22-No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar

23- Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida

24- Tengo energía suficiente

para lo que
necesito
hacer

25- Es
normal que
existan a
personas a
las que no le
caigo bien





DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

MAESTRIA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

III COHORTE

“Resiliencia y consumo de sustancias en adolescentes”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, tiene como objetivo: identificar la relación entre factores resilientes y consumo de sustancias en adolescentes, mismo que se llevara a cabo bajo la supervisión de la profesional designada por el departamento de postgrados de la universidad del Azuay.

Los adolescentes que participen en este estudio, estarán contribuyendo a conocer los niveles de resiliencia y consumo de sustancias en adolescentes, estudio que ayudará a encaminar futuros tratamientos psicológicos contra dicha problemática que ataca fuertemente a los adolescentes.

La participación en el estudio es libre y voluntaria, no tiene ningún costo para el participante y se lo realizara bajo estricto carácter de confidencialidad sobre la identidad o información de los participantes.

Declaración del participante:

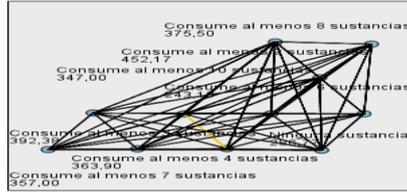
Yo.....con c.i.....en calidad de representante, expreso haber leído la información proporcionada y estar de acuerdo con la misma, para lo cual doy mi consentimiento voluntario, para que mi representado..... participe del proyecto de investigación ya mencionado. Lugar y fecha.

.....

Firma del representante

5.1.2 Anexo 3. Prueba de resiliencia y consumo de sustancias

Comparaciones por parejas de consumogeneral



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de consumogeneral.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Consumo al menos 6 sustancias-Ninguna sustancia	43,672	86,963	,502	,616	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 2 sustancias	89,079	87,494	1,018	,309	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 10 sustancias	-103,900	210,426	-,494	,621	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 1 sustancia	112,411	86,823	1,295	,195	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 7 sustancias	-113,900	140,284	-,812	,417	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 4 sustancias	120,800	96,046	1,258	,208	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 5 sustancias	129,462	109,509	1,182	,237	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 8 sustancias	-132,400	140,284	-,944	,345	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 3 sustancias	149,277	89,867	1,661	,097	1,000
Consumo al menos 6 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	-209,067	140,284	-1,490	,136	1,000
Ninguna sustancia-Consumo al menos 2 sustancias	-45,407	21,402	-2,122	,034	1,000
Ninguna sustancia-Consumo al menos 10 sustancias	-60,228	192,566	-,313	,754	1,000
Ninguna sustancia-Consumo al menos 1 sustancia	-68,738	18,467	-3,722	,000	,011
Ninguna sustancia-Consumo al menos 7 sustancias	-70,228	111,725	-,629	,530	1,000
Ninguna sustancia-Consumo al menos 4 sustancias	-77,128	45,029	-1,713	,087	1,000
Ninguna sustancia-Consumo al menos 5 sustancias	-85,790	69,246	-1,239	,215	1,000
Ninguna sustancia-Consumo al menos 8 sustancias	-88,728	111,725	-,794	,427	1,000
Ninguna sustancia-Consumo al menos 3 sustancias	-105,605	29,646	-3,562	,000	,020
Ninguna sustancia-Consumo al menos 9 sustancias	-165,394	111,725	-1,480	,139	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 10 sustancias	-14,821	192,807	-,077	,939	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 1 sustancia	23,332	20,826	1,120	,263	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 7 sustancias	-24,821	112,139	-,221	,825	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 4 sustancias	-31,721	46,047	-,689	,491	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 5 sustancias	-40,383	69,913	-,578	,564	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 8 sustancias	-43,321	112,139	-,386	,699	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 3 sustancias	-60,198	31,170	-1,931	,053	1,000
Consumo al menos 2 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	-119,988	112,139	-1,070	,285	1,000
Consumo al menos 10 sustancias-Consumo al menos 1 sustancia	8,511	192,503	,044	,965	1,000
Consumo al menos 10 sustancias-Consumo al menos 7 sustancias	10,000	221,808	,045	,964	1,000
Consumo al menos 10 sustancias-Consumo al menos 4 sustancias	16,900	196,835	,086	,932	1,000
Consumo al menos 10 sustancias-Consumo al menos 5 sustancias	25,562	203,744	,125	,900	1,000
Consumo al menos 10 sustancias-Consumo al menos 8 sustancias	28,500	221,808	,128	,898	1,000
Consumo al menos 10 sustancias-Consumo al menos 3 sustancias	45,377	193,895	,234	,815	1,000
Consumo al menos 10 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	105,167	221,808	,474	,635	1,000
Consumo al menos 1 sustancia-Consumo al menos 7 sustancias	-1,489	111,616	-,013	,989	1,000
Consumo al menos 1 sustancia-Consumo al menos 4 sustancias	-8,389	44,759	-,187	,851	1,000
Consumo al menos 1 sustancia-Consumo al menos 5 sustancias	-17,052	69,071	-,247	,805	1,000
Consumo al menos 1 sustancia-Consumo al menos 8 sustancias	-19,989	111,616	-,179	,858	1,000
Consumo al menos 1 sustancia-Consumo al menos 9 sustancias	-36,867	29,233	-1,261	,207	1,000
Consumo al menos 1 sustancia-Consumo al menos 3 sustancias	-96,656	111,616	-,866	,387	1,000
Consumo al menos 7 sustancias-Consumo al menos 4 sustancias	6,900	118,931	,058	,954	1,000
Consumo al menos 7 sustancias-Consumo al menos 5 sustancias	15,562	130,047	,120	,905	1,000
Consumo al menos 7 sustancias-Consumo al menos 8 sustancias	-18,500	156,842	-,118	,906	1,000
Consumo al menos 7 sustancias-Consumo al menos 3 sustancias	35,377	114,000	,310	,756	1,000
Consumo al menos 7 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	-95,167	156,842	-,607	,544	1,000
Consumo al menos 4 sustancias-Consumo al menos 5 sustancias	-8,663	80,358	-,108	,914	1,000
Consumo al menos 4 sustancias-Consumo al menos 8 sustancias	-11,600	118,931	-,098	,922	1,000
Consumo al menos 4 sustancias-Consumo al menos 3 sustancias	28,477	50,410	,565	,572	1,000
Consumo al menos 4 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	-88,267	118,931	-,742	,458	1,000
Consumo al menos 5 sustancias-Consumo al menos 8 sustancias	-2,938	130,047	-,023	,982	1,000
Consumo al menos 5 sustancias-Consumo al menos 3 sustancias	19,815	72,860	,272	,786	1,000
Consumo al menos 5 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	-79,604	130,047	-,612	,540	1,000
Consumo al menos 8 sustancias-Consumo al menos 3 sustancias	16,877	114,000	,148	,882	1,000
Consumo al menos 8 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	-76,667	156,842	-,489	,625	1,000
Consumo al menos 3 sustancias-Consumo al menos 9 sustancias	-59,789	114,000	-,524	,600	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.