

Universidad de Palermo

Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo en estudiantes universitarios

Doctoranda

M. en C. Gloria Velia Reyna Barajas

Director

Dr. Ferran Padrós Blàzquez

Co-Directora

Dra. Fabiola González Betanzos

6 de Abril de 2018

Licencia Creative Commons Atribución–No Comercial (CC BY-NC)

Resumen

Se presentan dos estudios: el primero tiene como objetivo examinar las propiedades psicométricas de la escala CARLOS (CRAFFT) que consiste en un instrumento de cribado para identificar riesgo de abuso de sustancias. En este estudio participaron 220 estudiantes universitarios mexicanos. Los resultados muestran una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.73$), con una sensibilidad (0.86) y especificidad (0.73) en un punto de corte igual a 2, similar a lo encontrado en otras investigaciones. El segundo estudio plantea conocer la relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo. Se trata de un estudio de tipo cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y correlacional, con una muestra de 507 estudiantes universitarios. Se correlacionaron los recursos psicológicos y la gaudibilidad y a su vez estas variables se correlacionaron con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo. Asimismo, se buscó conocer la relación de cada una de las escalas de los recursos psicológicos (afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales) con cada una de las variables de estudio. Los resultados globales indican que los recursos psicológicos y la gaudibilidad se asocian positivamente ($r = 0.322, p = 0.01$). La gaudibilidad y el estrés se asocian de manera negativa ($r = -0.542, p = 0.00$). Se propone un Modelo de Ecuaciones Estructurales ($\chi^2/df = 1.044$, GFI=0.999, AGFI=0.990, CFI=1.000, RMSEA=0.009, TLI=0.999, NFI=0.976, IFI=1.000) que sugiere que los recursos psicológicos afectan directa y positivamente al promedio y al estrés. El estrés afecta al promedio negativamente. La gaudibilidad se relaciona con el estrés de manera negativa, de forma tal que un aumento en gaudibilidad tiende a disminuir el estrés, lo que a su vez tiende a aumentar el promedio. Se concluye que la gaudibilidad puede ser considerada como un tipo de recurso psicológico que funge como factor protector ante el estrés.

Palabras clave

Gaudibilidad, recursos psicológicos, rendimiento académico, estrés, conducta de riesgo.

Relationship between psychological resources and gaudibility with academic performance, stress and risk behaviors in university students

Abstract

There are two studies: the first one has the objective of examining the psychometric properties of the CRAFFT scale, which consists of a tamizing instrument to identify risk of substance abuse. In this, 220 Mexican university students participared. The results show appropriate internal consistency ($\alpha = 0.73$), with sensitivity (0.86) and specificity (0.73) having a cutting point equal to 2, similar to what has been found in related research. The second study is intended to know the relationship between psychological resources and gaudibility with apademic performance, stress and risk behaviors. It is a study of a quantitative type with a non-experimental, transversal and correlational design, having a sample of 507 university students. Psychological resources and gaudibility were correlated, and in turn, these variables were correlated with academic performance, stress and risk behaviors. Also, knowing the relationship of each of the scales of psychological resources (affective, cognitive, instrumental, social and material) with each of the variables of the study was intended. The global results indicate that psychological resources and gaudibility are positively related ($r = 0.322, p = 0.01$). Gaudibility and stress are negatively related ($r = -0.542, p = 0.00$). A Structural Equations Model is proposed ($\chi^2/df = 1.044$, GFI=0.999, AGFI=0.990, CFI=1.000, RMSEA=0.009, TLI=0.999, NFI=0.976, IFI=1.000), which suggests that psychological resources directly and positively affect average and stress. Stress negatively affect average. Gaudibility is negatively related with stress, such that increasing gaudibility tends to decrease stress, which in turn tends to increase average. In conclusion, gaudibility can be considered a type of psychological resource acting as a protective factor for stress.

Keywords

Gaudibility, psychological resouces, academic performance, stress, risk behaviors.

Tabla de Contenidos

Resumen.....	i
Palabras clave.....	i
Abstract.....	ii
Keywords.....	ii
Agradecimientos	vii
Lista de Tablas.....	viii
Lista de Figuras.....	ix
Acrónimos del Estudio Empírico.....	x
Introducción.....	xii

SECCIÓN TEÓRICA

Capítulo 1. Psicología positiva	2
1.1. Definiciones y propósitos de la Psicología Positiva	3
1.2. Antecedentes y precursores de la Psicología Positiva	4
1.3. Modelo teórico.....	7
1.4. Delimitación conceptual, explicaciones teóricas y evidencia empírica.....	8
1.4.1. Autocontrol.....	8
1.4.2. Espiritualidad/Religiosidad.	10
1.4.3. Optimismo.	13
1.4.4. Habilidades sociales.	15
1.4.5. Apoyo social.....	17
1.4.6. Altruismo.....	19
1.4.7. Afectividad positiva y Afectividad negativa.	23
Capítulo 2. Rendimiento académico	26
2.1. Definiciones de rendimiento académico.....	26
2.2. Evaluación del rendimiento académico en estudiantes universitarios.....	27
2.3. Factores que intervienen en el rendimiento académico.....	29
2.3.1. Autocontrol.....	31
2.3.2. Optimismo.	31
2.3.3. Habilidades sociales.	31
2.3.4. Apoyo social.....	32
2.3.5. Altruismo.....	33
2.3.6. Afectividad positiva.....	33
2.3.7. Género.	33
2.4. Fracaso, deserción escolar y rendimiento académico.....	34
2.5. La Psicología Positiva y su influencia en el rendimiento académico	34
2.6. A modo de conclusión	35
Capítulo 3. Conductas de riesgo	36
3.1. Definición de conducta de riesgo	37
3.2. Características de las conductas de riesgo	38
3.3. Factores de riesgo	38
3.4. Factores de protección	39
3.5. Conducta sexual de riesgo	40
3.5.1. Factores asociados a la conducta sexual de riesgo.	40
3.5.2. Algunos datos epidemiológicos sobre la conducta sexual de riesgo. .	41
3.6. Estudiantes universitarios y conducta sexual de riesgo.....	45
3.6.1. Actividad sexual sin uso de preservativo	45

3.6.2.	Actividad sexual y consumo de sustancias psicoactivas	46
3.6.3.	Número de parejas sexuales	47
3.7.	Consumo de drogas o sustancias psicoactivas.....	47
3.8.	Clasificación de las drogas o sustancias psicoactivas.....	49
3.8.1.	Depresoras.	50
3.8.2.	Estimulantes.	50
3.8.3.	Alucinógenas.	51
3.9.	Vías de administración o de consumo	51
3.10.	Fases de intoxicación etílica	51
3.11.	Tolerancia	52
3.12.	Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas	52
3.13.	Interacción del alcohol con otras drogas	52
3.14.	Trastornos relacionados con sustancias.....	53
3.14.1.	Trastornos por consumo de sustancias.	53
3.14.2.	Trastornos inducidos por sustancias.	53
3.15.	Datos epidemiológicos del consumo de sustancias psicoactivas.....	54
3.15.1.	Consumo de sustancias psicoactivas ilícitas.....	54
3.15.2.	Consumo de alcohol.	56
3.15.3.	Prevalencia de consumo según el género.	57
3.15.4.	Prevalencia según la edad.....	57
3.16.	Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios	58
3.16.1.	Consumo de alcohol en estudiantes universitarios.	59
3.16.2.	Conductas de riesgo y recursos psicológicos	60
3.17.	Modelos teóricos.....	63
3.17.1.	Teoría para la Conducta de Riesgo (Jessor, 1991).	63
3.17.2.	Teoría del Desarrollo Juvenil Positivo.	64
3.18.	A modo de conclusión	65
Capítulo 4.	Estrés.....	67
4.1.	Definiciones de estrés	67
4.1.1.	Estrés como estímulo.....	67
4.1.2.	Estrés como reacción o respuesta del organismo.	67
4.1.3.	Estrés como la interacción entre el individuo y su entorno.....	67
4.2.	Los factores del estrés.....	68
4.2.1.	Factores externos.....	68
4.2.2.	Factores internos.....	68
4.2.3.	Factores moduladores.....	68
4.3.	Eustress y Distress	69
4.3.1.	Eustress.....	69
4.3.2.	Distress.	70
4.4.	Consecuencias del estrés.....	71
4.5.	Modelos teóricos.....	72
4.5.1.	Teoría de los Sucesos Vitales del Estrés.	72
4.5.2.	Modelo Fisiológico del Estrés y el Síndrome General de Adaptación.	73
4.5.3.	Teoría de la Evaluación Cognitiva.	75
4.6.	Estrategias de afrontamiento.....	77
4.6.1.	El afrontamiento dirigido al problema.	77
4.6.2.	El afrontamiento dirigido a la emoción.	77
4.7.	Recursos para afrontar el estrés	78
4.7.1.	Salud y energía.	78

4.7.2.	Creencias positivas.	78
4.7.3.	Técnicas para la resolución del problema.	78
4.7.4.	Habilidades sociales.	78
4.7.5.	Apoyo social.	79
4.7.6.	Recursos materiales.	79
4.8.	Algunos datos empíricos sobre el estrés en estudiantes universitarios.	79
4.8.1.	Género.	81
4.8.2.	Estrés y recursos psicológicos.	82
4.8.3.	Estrés y consumo de sustancias.	84
4.8.4.	Estrés y conductas sexuales de riesgo.	85
4.8.5.	Estrés y rendimiento académico.	85
4.9.	A modo de conclusión	86
Capítulo 5.	Recursos psicológicos	88
5.1.	Definición de recursos psicológicos	88
5.2.	Modelo teórico.	88
5.2.1.	Recursos afectivos.	90
5.2.2.	Recursos cognitivos.	90
5.2.3.	Recursos instrumentales.	91
5.2.4.	Recursos sociales.	92
5.2.5.	Recursos energéticos y/o materiales.	92
5.3.	Algunos datos empíricos sobre los recursos psicológicos	93
5.4.	A modo de conclusión	95
Capítulo 6.	Gaudibilidad.	96
6.1.	Definición de gaudibilidad	96
6.2.	Componentes de la gaudibilidad.	97
6.2.1.	Habilidades.	97
6.2.2.	Creencias y estilos cognitivos.	97
6.2.3.	Estilo de vida.	97
6.3.	Algunos datos empíricos sobre la gaudibilidad.	97
6.3.1.	Variables sociodemográficas.	98
6.3.2.	Consumo de sustancias psicoactivas.	99
6.4.	A modo de conclusión	100
SECCIÓN EMPÍRICA		
Capítulo 7.	Primer estudio: Estudio psicométrico de las preguntas CARLOS (CRAFFT) en estudiantes universitarios zacatecanos.	102
7.1.	Introducción.	102
7.2.	Método.	103
7.2.1.	Participantes	103
7.2.2.	Instrumentos	104
7.2.3.	Procedimiento.	106
7.3.	Análisis de datos.	107
7.4.	Resultados.	107
7.4.1.	Análisis de confiabilidad y estudio de la bondad de los reactivos. ..	108
7.4.2.	Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN) y Curvas ROC para diferentes puntos de corte del instrumento CARLOS (CRAFFT).	109
7.4.3.	Validez concurrente de las escalas CARLOS (CRAFFT) y AUDIT.	111
7.4.4.	Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).	111
7.5.	Discusión	112

7.6.	Conclusión	115
Capítulo 8.	Segundo estudio: Relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo en estudiantes universitarios	116
8.1.	Justificación	116
8.2.	Pregunta de investigación	116
8.3.	Objetivo general	116
8.3.1.	Objetivos específicos.....	116
8.3.2.	Hipótesis	117
8.4.	Definición conceptual y operacional de las variables.....	117
8.4.1.	Rendimiento Académico	117
8.4.2.	Estrés	118
8.4.3.	Conducta de Riesgo	118
8.4.4.	Recursos Psicológicos	119
8.4.5.	Gaudibilidad	119
8.5.	Método.....	120
8.5.1.	Tipo y diseño de la investigación.	120
8.5.2.	Participantes.	120
8.5.3.	Muestra.	120
8.5.4.	Marco contextual donde se realizó el estudio.....	123
8.5.5.	Instrumentos	126
8.6.	Procedimiento.....	130
8.6.1.	Levantamiento de datos.....	130
8.6.2.	Análisis Estadístico.	131
8.6.3.	Consideraciones éticas.....	133
Capítulo 9.	Resultados	134
9.1.	Estadísticas descriptivas	134
9.2.	Análisis de confiabilidad de los instrumentos	136
9.3.	Coeficiente de correlación r de Pearson para los puntajes totales de las escalas	136
9.4.	Análisis de los resultados obtenidos	138
9.5.	Modelo general de ecuaciones estructurales para todas las variables	142
	DISCUSIÓN	
Capítulo 10.	Discusión y conclusiones	148
10.1.	Limitaciones	155
10.2.	Sugerencias.....	156
	Referencias.....	158
Anexo A.	Adenda: Consideraciones Adicionales.....	178
A.1.	Consideraciones generales.....	178
A.2.	Bases del Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE).....	179
A.2.1.	La Escala de Recursos Psicológicos (ERP).....	180
A.2.2.	La Escala de Gaudibilidad de Padrós (EGP).....	185
A.2.3.	La Escala de Estrés Percibido (EEP).....	187
A.2.4.	Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU-yo)	189
A.2.5.	Las preguntas CARLOS (CRAFTT)	190
A.3.	A modo de discusión y conclusiones.....	191
Anexo B.	Consentimiento Informado	194
Anexo C.	Cuestionarios para el Primer Estudio	196
Anexo D.	Cuestionarios para el Segundo Estudio	200

Agradecimientos

A mi Director de Tesis, el Dr. Ferran Padrós Blàzquez por su invaluable y oportuno apoyo brindado durante la elaboración de ésta tesis así como por el tiempo invertido en la revisión constante de cada uno de los capítulos y sus sugerencias. A la Dra. Fabiola González Betanzos por compartir amablemente sus conocimientos de estadística y las asesorías brindadas.

A mi esposo, el Dr. Luis Fernando Copertari Isaacson por su dedicada lectura a cada capítulo, cuidadosas observaciones y amables sugerencias tanto en lo estadístico como en la edición del documento.

A mi padre J. Cruz Reyna Zatarain y a mi madre Josefina Barajas Mandujano porque siempre me han impulsado a superarme y por el apoyo y cariño que he recibido de ellos y de toda mi familia.

A las doctoras Carola Isaacson Braunstein (qepd), Virginia Gamboa Robles, Silvia Miramontes Zapata, Georgina Lozano Razo, al Dr. Javier Zavala Rayas y a mi hermana M. en C. Yadira Alejandra por su valiosa ayuda en la aplicación de los cuestionarios. A todos los alumnos que paciente y atentamente aceptaron responder a cada uno de los cuestionarios. A mis queridos y entrañables amigos, la Dra. Silvia Piovano y el Dr. Marcelo Segal (qepd) por su valiosísimo apoyo y acompañamiento; por estar al pendiente de mi bienestar durante mi estancia en Argentina.

Es de especial mención también agradecer al Director del Doctorado, el Dr. Alejandro Castro Solano, a todos mis profesores de la Universidad de Palermo por los conocimientos compartidos. A la Lic. Rosana Álvarez por su cordialidad y amable ayuda en los momentos en que más se necesita. Al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) y a la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ) porque sin la valiosa beca no hubiera sido posible estudiar en la Universidad de Palermo.

Lista de Tablas

Tabla 1.	Escalas de los recursos psicológicos	93
Tabla 2.	Componentes o moduladores de la gaudibilidad	97
Tabla 3.	Porcentaje de participantes que respondieron afirmativamente (sí) a cada ítem de Las Preguntas CARLOS (CRAFFT).	107
Tabla 4.	Porcentaje de participantes que tuvieron puntuaciones de 0 a 6.	108
Tabla 5.	Estadísticos básicos y confiabilidad de los resultados obtenidos del CARLOS (CRAFFT).	109
Tabla 6.	Análisis de diferentes puntos de corte CARLOS (CRAFFT).....	110
Tabla 7.	Cálculo de la muestra utilizada por unidad académica de la UAZ.....	122
Tabla 8.	Índices de bondad de ajuste.....	133
Tabla 9.	Estadísticos descriptivos básicos de las variables en estudio.	134
Tabla 10.	Índices Alfa de Cronbach.	136
Tabla 11.	Correlaciones bivariadas para los puntajes totales de las escalas.....	137
Tabla 12.	Aceptación o rechazo de hipótesis.....	139
Tabla 13.	Correlaciones bivariadas entre las escalas de la ERP y las otras variables en estudio.....	140
Tabla 14.	Correlaciones bivaridas entre las dimensiones de la ERP y las otras variables en estudio.....	141
Tabla 15.	Bondad de Ajuste para los modelos construidos.	146

Lista de Figuras

Figura 1.	Curvas ROC para los diferentes puntos de corte CARLOS (CRAFFT). ..	111
Figura 2.	Modelo SEM del AFC del CARLOS (CRAFFT).	112
Figura 3.	Total de participantes por Unidad Académica.	123
Figura 4.	Ubicación de Zacatecas en México.	124
Figura 5.	Modelo de las correlaciones bivariadas.	137
Figura 6.	Posibles relaciones entre las variables.	142
Figura 7.	Modelo 1.	143
Figura 8.	Modelo 1 ajustado.	144
Figura 9.	Modelo 2.	145
Figura 10.	Modelo consistente (modelo final)	145

Acrónimos del Estudio Empírico

ERP:	Escala de Recursos Psicológicos.
EGP:	Escala de Gaudibilidad de Padrós.
EEP:	Escala de Estrés Percibido.
SSEU:	Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios.
CARLOS (CRAFFT):	Carro, Amigos, Relajarse, Líos, Olvidado, Solo (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble).
ERP_RA:	Recursos Afectivos de la ERP.
ERP_RA_AC:	Autocontrol de la ERP_RA.
ERP_RA_MT:	Manejo de la Tristeza de la ERP_RA.
ERP_RA_ME:	Manejo del Enojo de la ERP_RA.
ERP_RA_RE:	Recuperación del Equilibrio de la ERP_RA.
ERP_RC:	Recursos Cognitivos de la ERP.
ERP_RC_RP:	Reflexión ante los Problemas de la ERP_RC.
ERP_RC_CR:	Creencias Religiosas de la ERP_RC.
ERP_RC_AR:	Autoreproches de la ER_RC.
ERP_RC_O:	Optimismo de la ERP_RC.
ERP_RI:	Recursos Instrumentales de la ERP.
ERP_RI_HS:	Habilidades Sociales de la ERP_RI.
ERP_RS:	Recursos Sociales de la ERP.
ERP_RS_RAP:	Red de Apoyo de la ERP_RS.
ERP_RS_IBA:	Incapacidad para Buscar Apoyo de la ERP_RS.
ERP_RS_A:	Altruismo de la ERP_RS.
ERP_RM:	Recursos Materiales de la ERP.
ERP_RM_RMP:	Recursos Materiales de la ERP_RM.

EEP_A:	Afrontamiento de la EEP.
EEP_PE:	Percepción de Estrés de la EEP.
CARLOSB1:	Reactivo 1 de diagnóstico del CARLOS.
CARLOSB2:	Reactivo 2 de diagnóstico del CARLOS.
CARLOSB3:	Reactivo 3 de diagnóstico del CARLOS.
CARLOSB4:	Reactivo 4 de diagnóstico del CARLOS.
CARLOSB5:	Reactivo 5 de diagnóstico del CARLOS.
CARLOSB6:	Reactivo 6 de diagnóstico del CARLOS.

Introducción

El campo disciplinar en el que se investiga y plantea el problema de estudio es desde la Psicología Positiva. El desarrollo positivo de los jóvenes demanda la prevención de diferentes factores que ponen en riesgo su salud y bienestar. Si bien la mayoría de los jóvenes goza de buena salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016), se ha identificado que la morbilidad y mortalidad juvenil están asociadas en su mayoría con factores externos y conductuales (Krauskopf, 1995). De esta manera, el desarrollo positivo de los jóvenes plantea que las instituciones deben progresar hacia la investigación y el desarrollo de intervenciones en las que se favorezcan los recursos psicológicos de los estudiantes, dado que se consideran factores de protección importantes contra las conductas de riesgo y el estrés, siendo éstos factores que impactan de manera negativa en el rendimiento académico.

En los últimos años desde el campo de la Psicología Positiva se estudia con rigor científico los aspectos positivos de la vida entre los que se encuentran las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) para promover la salud y el bienestar de las personas.

De ésta manera, algunos estudios están orientados en identificar el papel fundamental de los recursos y las fortalezas del individuo (Delle Fave, 2007). Los recursos psicológicos son considerados factores de protección que se relacionan de forma positiva con la salud y el bienestar (Moran Astorga & Schultz, 2008) y facilitan una adecuada evaluación y manejo de las situaciones de la vida que son percibidas como estresantes (Moran Astorga & Schultz, 2008; Rivera Heredia & Pérez Padilla, 2012).

Los resultados de intervenciones enfocadas hacia el desarrollo de recursos psicológicos como la actitud positiva hacia sí mismo y hacia los demás, así como el desarrollo de conductas sociales positivas, muestran que este tipo de intervenciones reduce los problemas de conducta y distress y se mejora el rendimiento académico (Durlak, 2010).

Un concepto que está cobrando interés y hace referencia a experiencias subjetivas positivas es el de gaudibilidad. Padrós Blàzquez y Fernández Castro (2008) definen a la gaudibilidad como un conjunto de moduladores que regulan el disfrute que las personas experimentan. Existe evidencia empírica que muestra que la gaudibilidad tiene relación positiva con el afecto positivo y el bienestar psicológico, así como una relación negativa con el afecto negativo y con la presencia de síntomas depresivos (Padrós Blàzquez, Herrera Guzmán, & Gudayol Ferré, 2012). La variable gaudibilidad es de reciente creación y aún falta por conocer su relación con diferentes variables entre las que se encuentran las conductas de riesgo y el rendimiento académico.

Conocer cómo los recursos psicológicos y la gaudibilidad están relacionados con el rendimiento académico, el estrés y las conductas de riesgo podría ser de utilidad para el diseño de intervenciones para prevenir las conductas de riesgo, reducir el estrés y mejorar el rendimiento académico.

De esta manera, el rendimiento académico, las conductas de riesgo y el estrés, se examinan en relación con indicadores positivos (recursos psicológicos y gaudibilidad) con el objetivo de tener más información del funcionamiento de las variables en estudio. Está claro que las variables positivas están relacionadas con el rendimiento académico y que además son factores protectores de las conductas de riesgo y del estrés. Sin embargo, la relación entre este grupo de variables no se ha examinado, sobre todo, en lo que se refiere a la variable gaudibilidad.

El presente trabajo se estructura en tres secciones: la primera sección se compone de seis capítulos de carácter teórico. En el Capítulo 1 se trata el tema de la Psicología Positiva, su definición, propósitos y antecedentes. Se abordan algunos constructos de interés y el modelo salutogénico. En el Capítulo 2, se exponen algunas definiciones sobre el rendimiento académico y su evaluación, se señalan algunos factores psicosociales que influyen en el mismo.

Se incluyen los resultados de distintos estudios empíricos sobre el rendimiento académico y su relación con las variables de interés. En el Capítulo 3, se presenta una revisión sobre las siguientes conductas de riesgo: consumo de sustancias psicoactivas y conducta sexual arriesgada. Sobre estas conductas se exponen algunas características epidemiológicas, los principales factores de protección y de riesgo. Se incluyen dos modelos teóricos y los resultados de estudios empíricos que son de interés para este trabajo. En el Capítulo 4, se trata el tema de estrés, sus factores de protección y riesgo, así como sus consecuencias. Se abordan tres modelos teóricos explicativos y algunos datos empíricos. En el Capítulo 5, se expone el constructo de recursos psicológicos, las dimensiones que lo componen y algunos datos empíricos. En el Capítulo 6, se presenta el constructo gaudibilidad, las dimensiones que lo constituyen y algunos datos empíricos.

La segunda sección corresponde a dos estudios empíricos que fueron realizados. En el Capítulo 7, se presenta el primer estudio, que concierne al análisis psicométrico del instrumento CARLOS (CRAFFT, por sus siglas en inglés). Tiene como objetivo examinar las propiedades psicométricas de la escala en estudiantes universitarios zacatecanos. Se trata de un instrumento de cribado que identifica riesgo de abuso de sustancias. En este estudio participaron una muestra de 220 estudiantes universitarios. Los resultados indican una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.73$), con una sensibilidad (0.86) y especificidad (0.73) en un punto de corte igual a 2, similar a lo encontrado en otras investigaciones. También se examinó su estructura factorial mediante un análisis factorial confirmatorio de un modelo unidimensional. El modelo mostró un buen ajuste ($\chi^2/df=1.73$, GFI=0.98, AGFI=0.95, CFI=0.90, RMSEA=0.06).

El Capítulo 8, corresponde al segundo estudio, que plantea conocer cómo los recursos psicológicos y la gaudibilidad están relacionados con el rendimiento académico, el estrés y las conductas de riesgo. Es un estudio de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal y correlacional, con una muestra de 507 estudiantes universitarios. Se presentan las

correlaciones entre los recursos psicológicos y la gaudibilidad, con el rendimiento académico, el estrés y las conductas de riesgo. Asimismo, se presenta la relación de cada una de las escalas y de las dimensiones de los recursos psicológicos (afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales) con cada una de las variables del estudio.

El Capítulo 9 trata de los resultados obtenidos. Los resultados globales indican que se acepta la hipótesis 1, es decir, los recursos psicológicos y la gaudibilidad se relacionan positivamente ($r = 0.32$, $p = 0.01$). También se acepta la hipótesis 7, la gaudibilidad y el estrés percibido se asocian de manera negativa ($r = -0.542$, $p = 0.00$). Las demás hipótesis se rechazan. Además se propone un Modelo de Ecuaciones Estructurales ($\chi^2/gl=1.091$, GFI=0.995, AGFI=0.985, CFI=0.998, RMSEA=0.013, TLI=0.996, NFI=0.979, IFI=0.998) que sugiere que los recursos psicológicos afectan directa y positivamente al promedio y al estrés percibido. El estrés y las conductas de riesgo afectan al promedio negativamente. La gaudibilidad se relaciona con el estrés de manera negativa, de forma tal que un aumento en gaudibilidad tiende a disminuir el estrés, lo que a su vez tiende a aumentar el promedio.

La tercera sección corresponde a la discusión. En el Capítulo 10, se contrastan los resultados con otros estudios empíricos y se concluye que la gaudibilidad puede ser considerada como un tipo de recurso psicológico que funge como factor protector ante el estrés. Por último, se mencionan las limitaciones y las sugerencias para futuros estudios.

SECCIÓN TEÓRICA

Capítulo 1. Psicología positiva

Hasta hace poco tiempo los estudios empíricos en psicología se basaban en el modelo médico para tratar de comprender, analizar y clasificar los comportamientos anormales y patológicos del individuo. Su principal objetivo consistía en construir una psicología capaz de entender, tratar y curar el sufrimiento humano (Castiello D'Antonio, 2016). Seligman y Csikszentmihalyi (2000) señalan que la Psicología Positiva (PP) surge por su oposición a este modelo médico de la enfermedad mental y al fuerte énfasis en el desarrollo de los problemas y su resolución. A diferencia de la psicología tradicional, la PP se apoya en el modelo de salud mental positiva, tiene como objetivo principal estudiar a los individuos sanos para comprender mejor el funcionamiento humano óptimo y no sólo se enfoca en el estudio de la disfuncionalidad (Shankland, 2014). Por lo que distintos estudios en el campo de la PP están orientados en identificar el papel fundamental de los recursos y las fortalezas del individuo (Delle Fave, 2007), lo que permite mejorar el bienestar y la calidad de vida del ser humano. De esta manera, podría decirse que la PP integra ambos enfoques y al mismo tiempo resarce la fuerte inclinación que tuvo la psicología hacia los aspectos psicopatológicos (Castro Solano, 2010).

Para Seligman y Csikszentmihalyi (2000) la Psicología Positiva no es un nuevo movimiento ni un nuevo paradigma sino que su desarrollo se debe a sus objetivos y fuerte compromiso en el uso de la metodología científica. Sin embargo, otros investigadores en el área han considerado el movimiento de la PP como una *verdadera revolución* (Castiello D'Antonio, 2016) que “ha conducido a un *nuevo paradigma de reflexión teórica y metodológica*” (Casullo, 2000, como se cita en Mariñelarena-Dondena, 2012, p. 12).

1.1. Definiciones y propósitos de la Psicología Positiva

Seligman y Csikszentmihalyi (2000), definen a la PP como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos.

Por su parte, Sheldon y King (2001), la conceptualizan como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas.

Castro Solano (2010) la define como “el estudio del funcionamiento psíquico óptimo tanto de personas, como de grupos o instituciones” (p. 19). De manera similar, Gable y Haidt (2005) la conceptualizan como “el estudio de las condiciones y los procesos que contribuyen al florecimiento o funcionamiento óptimo de los individuos, de los grupos y de las instituciones” (p.104).

Por su parte, Shankland (2014) en su libro de Psicología Positiva (La Psychologie Positive) analiza las condiciones y procesos a los que se refieren Gable y Haidt, afirma que: las *condiciones* aluden al ambiente familiar, al vecindario, a las relaciones de amistad, a las condiciones de vida, al medio escolar, al contexto histórico, a las variables biológicas, a los rasgos de personalidad que van a facilitar la expresión de potencialidades individuales y a las experiencias positivas vividas que llevan a un grado de bienestar satisfactorio. Señala que los *procesos* pueden ser entendidos como los medios puestos en marcha para obtener beneficios de las situaciones en que se encuentra el individuo a fin de desarrollar las competencias que le permitan evolucionar progresivamente hacia un bienestar o mantener el grado de bienestar ya presente. Mientras que el término *floreCIMIENTO* representa una dinámica de desarrollo de las potencialidades de la persona.

Desde la PP se llevan a cabo distintos estudios orientados a conocer los aspectos positivos del individuo, de sus relaciones y del entorno social en el que se desenvuelve.

Al respecto, Lecomte (2009, pp. 5-6, traducción propia) sugiere una lista de temas y los divide en los siguientes niveles:

A nivel personal incluye las variables: autodeterminación, confianza en sí mismo, esperanza; bienestar, satisfacción con la vida; felicidad; creatividad; emociones positivas; amor propio; humor; motivación y proyectos, “fluir”; optimismo; psicología moral, valores, psicoterapia positiva, resiliencia; sentido a la vida; autoeficacia espiritualidad; envejecimiento exitoso y sabiduría.

A nivel interpersonal hace referencia a variables como: altruismo, amistad; amor; competencias psicosociales, inteligencia emocional; confianza en los otros; cooperación; empatía; gratitud y reconocimiento; modestia; perdón; reconocimiento; resolución de conflictos interpersonales; respeto y vida familiar plena.

A nivel social y político sugiere, entre otros, los siguientes temas: acción social y humanitaria; comportamiento eco-ciudadano; desistimiento; empoderamiento y sentimientos de eficacia colectiva; organizaciones “positivas”; psicología de la paz; sentimiento de justicia; solidaridad y fraternidad; trabajo social centrado en las fortalezas y recursos de las personas y los grupos.

Cabe señalar que desde el marco de la Psicología Positiva, los distintos estudios empíricos y experimentales que se han desarrollado están sustentados en una rigurosa metodología científica y sus resultados han brindado aportaciones innovadoras a nivel teórico y de intervención en distintas áreas del desarrollo humano.

1.2. Antecedentes y precursores de la Psicología Positiva

A finales del siglo XX, nace en Estados Unidos la Psicología Positiva y su principal exponente es el psicólogo Martín Seligman. Si bien el surgimiento de la PP es relativamente reciente, las bases en las que se sustenta tienen una larga historia. Desde el campo de la psicología, el enfoque existencial y humanista es considerado como marco

de referencia para la PP actual, debido a la importancia que atribuyen al desarrollo potencial del individuo. Como principales antecedentes es posible indicar los aportes de Abraham Maslow (1968) y Carl Rogers (1959). Castiello D'Antonio (2016) señala que en el período posterior a la guerra, Maslow manifestó la necesidad de que la psicología tuviera como objeto de estudio al sujeto sano mientras que Rogers centró su atención en el funcionamiento óptimo de la persona.

Desde la psicología existencial de Viktor Frankl (1959), se encuentran algunos elementos clave como la fuerza motivante que permite encontrar sentido a la propia vida. Otros aportes lo constituyen las reflexiones de Gordon Allport (1958) sobre lo que favorece el desarrollo y la madurez del individuo. También se ubican los trabajos de salud mental positiva de Maria Jahoda (1958), el enfoque salutogénico de Aaron Antonovsky (1987) quien ha mostrado interés en los recursos psicosociales que favorecen la resiliencia y la resistencia al estrés, así como los aportes de Albert Bandura (1986) sobre autoeficacia.

De acuerdo a Shankland (2014), otros antecedentes de la PP están ubicados dentro de la Psicología del Desarrollo. De manera específica, señala los trabajos de Bowlby (1969) y los de Ainsworth (1973) que conciernen a las diferentes formas de apego entre el niño y sus padres. La autora también indica que desde la Psicología Social se rescatan los conocimientos adquiridos acerca de los contextos y las interacciones entre los individuos y desde la Psicología Clínica son fundamentales la tercera ola de las terapias comportamentales y cognitivas, así como las prácticas psico-corporales.

El estudio del bienestar ha sido uno de los principales objetos de estudio de la Psicología Positiva. Tradicionalmente, la investigación acerca del bienestar ha sido enfocada desde dos perspectivas teóricas: el bienestar subjetivo (hedónico) y el bienestar psicológico (eudaimónico) (Ryan & Deci, 2001). La dimensión hedónica está dirigida al

análisis de la dimensión del placer, el cual es entendido como bienestar puramente personal y está ligado a sensaciones y emociones positivas (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999) y es caracterizado por sus estudios sobre satisfacción con la vida, componente cognitivo del bienestar subjetivo y su vínculo con los sentimientos y emociones positivas (afectividad positiva) y sentimientos y emociones negativas (afectividad negativa) (Carr, 2007). La dimensión eudaimónica se enfoca en el análisis de los factores que favorecen el desarrollo y la realización de la potencialidad del individuo (Ryan & Deci, 2001). Si bien, estas dos perspectivas están relacionadas, cada una evalúa distintos indicadores de lo que es sentirse bien (Rodríguez Carvajal, Díaz Méndez, Moreno-Jiménez, Blanco Abarca, & van Dierendonck, 2010).

Siguiendo a Fata (2004), los antecedentes del hedonismo pueden encontrarse en los tiempos clásicos de la antigua Grecia cuando Arístipo exhortaba a experimentar el máximo placer posible y sostenía que la felicidad y la calidad de la vida eran el resultado de la suma de momentos particulares hedónicos. En el pensamiento filosófico de los siglos XVII y XVIII, se encuentran filósofos como: Hobbes quien sostenía que la felicidad era el éxito de la satisfacción de los apetitos humanos. Para De Sade el objetivo último de la vida era perseguir el placer. Mientras que el utilitarismo de Bentham consideraba que maximizar el placer individual podría traer ventajas a la sociedad entera (citados en Fata, 2004, p. 2). Mientras que la perspectiva eudaimónica tiene su origen en Aristóteles quien pensaba que la felicidad se basaba en la expresión de la virtud y en hacer lo que se piensa es importante (Fata, 2004).

A manera de conclusión puede decirse que la PP científicamente trata de describir, explicar, comprender y predecir distintos factores personales, interpersonales y sociales positivos que influyen en la satisfacción con la propia vida y el bienestar humano.

1.3. Modelo teórico

Hasta el día de hoy podría decirse que “la Psicología Positiva carece de un modelo teórico unificado, con una base epistemológica única y coherente” (Castro Solano, 2010, p. 20). Sin embargo, la PP abarca distintas líneas teóricas que se decantan hacia un modelo salutogénico (Castro Solano, 2010).

El presente estudio se apoya en el modelo salutogénico para valorar si los recursos psicológicos y la gaudibilidad (capacidad de disfrute) actúan como factores protectores del rendimiento académico, las conductas de riesgo y el estrés percibido. Para analizar las relaciones entre las variables se toma como marco de referencia distintos constructos que han sido abordados desde la Psicología Positiva como lo son el autocontrol, la espiritualidad/religiosidad, el optimismo, las habilidades sociales, el apoyo social, el altruismo y la afectividad positiva.

De acuerdo a Shankland (2014), el modelo salutogénico propuesto por la Agencia de Salud Pública de Canadá está constituido por cinco componentes:

El primer componente hace referencia a la capacidad de disfrutar de la vida, se caracteriza por la satisfacción con la propia vida, y por la mayor presencia de emociones positivas en comparación con las emociones negativas.

El segundo componente parte de la capacidad de adaptarse a los acontecimientos de la vida, se refiere a enfrentar con éxito los eventos generadores de estrés poniendo en marcha estrategias emocionales, cognitivas y conductuales adaptadas.

El tercer componente trata del bienestar emocional, entendido como el resultado de la capacidad de manejar las propias emociones.

El cuarto componente concierne a la condición social vinculada a la cultura de equidad, justicia social y dignidad personal.

El quinto componente se refiere al bienestar espiritual entendido como la capacidad de encontrar sentido a la vida.

1.4. Delimitación conceptual, explicaciones teóricas y evidencia empírica

1.4.1. Autocontrol. El autocontrol puede ser definido como la capacidad para regular los propios sentimientos y acciones; siendo disciplinado; controlando los apetitos y las emociones (Park, Peterson, & Seligman, 2004). El concepto autocontrol también es conocido como autorregulación y autodisciplina.

En el marco de la Psicología Positiva, el autocontrol es una de las 24 fortalezas de carácter, ubicada dentro de la virtud templanza. Una fortaleza de carácter puede ser definida como un rasgo positivo que se refleja a través de los pensamientos, sentimientos y conductas (Martínez Martí, 2006). Las fortalezas de carácter definen a las virtudes, en este sentido, la virtud de templanza, se manifiesta a través de distintas fortalezas que protegen al individuo contra los excesos, por ejemplo: el perdón (misericordia), la prudencia (cautela), la humildad (modestia) y el autocontrol (autorregulación) (Park et al., 2004).

Park et al. (2004), sostienen que el contexto y las condiciones físicas y sociales pueden influir en el desarrollo o inhibición de las fortalezas y las virtudes.

En este sentido, uno de los modelos teóricos del aprendizaje que puede utilizarse para explicar el autocontrol es la teoría del aprendizaje social de Bandura. Para Bandura la autorregulación es la capacidad de controlar la propia conducta por medio de reforzadores positivos como las recompensas y los premios. Desde ésta perspectiva, el aprendizaje de la conducta del individuo es el resultado de experiencias pasadas que se vieron afectadas por los procesos de condicionamiento y el tipo de refuerzos vividos (Berger & Thompson, 1998). De acuerdo a Bijou (1989) a partir de los procesos de

condicionamiento es posible “explicar distintos esquemas complejos de interacción humana así como como conductas más simples” (citado en Berger & Thompson, 1998, p. 53).

Los teóricos del aprendizaje también han centrado su atención en formas menos directas de aprendizaje como el condicionamiento vicario o *modelling*, que consiste en aprender nuevas conductas a través de la observación de la experiencia de otros, sin que sea necesario experimentar algún tipo de condicionamiento (Berger & Thompson, 1998).

Bandura (1977, 1986, 1989, citado en Berger & Thompson, 1998) considera que el aprendizaje social no sólo depende de la observación y de la imitación de la conducta del modelo sino que éste se desarrolla de la siguiente manera: es importante que la persona preste atención y observe al modelo. La persona prestará atención al modelo en función de los refuerzos que ha recibido previamente y de los refuerzos que recibe el modelo. La conducta observada es codificada y almacenada en la memoria, para después recuperarla cuando sea pertinente reproducirla.

El aprendizaje social también es afectado por la autoeficacia, es decir, por la creencia en la propia *competencia, capacidad y efectividad* para realizar determinadas tareas (Berger & Thompson, 1998). Además, Bandura considera (1986, 1989, citado en Berger & Thompson, 1998) a la conducta como resultado del determinismo recíproco, es decir, el comportamiento de una persona es influenciado por el contexto y viceversa. Esto significa que no sólo el entorno influye en la persona, sino que también la persona influye en el entorno.

Algunos datos empíricos. Park et al. (2004) sostienen que las personas con autocontrol tienen un locus de control interno, y experimentan todo el cumplimiento y resultados positivos que tal orientación pueda producir. Además, la persona con autocontrol puede controlar sus reacciones ante la decepción y la inseguridad; cumplen

sus promesas; en situaciones específicas y tienden a retrasar las gratificaciones, mientras que la falta de autocontrol puede ser el origen de todos los trastornos emocionales (ver Park et al., 2004). Por otro lado, el estudio de Rivera Heredia, Martínez Servín y Escutia Valdez (2011) reveló que los jóvenes que son incapaces de controlar sus emociones, en este caso el manejo del enojo, no sólo mostraron un pobre desarrollo de sus recursos positivos sino también a través de grupos de discusión los jóvenes mencionaron presentar problemas como tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. El estudio de Extremera, Durán y Rey (2009) mostró que los estudiantes que informaron de mayores competencias emocionales presentaron menores niveles de estrés percibido.

A modo de conclusión. El autocontrol es la capacidad de regular los propios pensamientos, sentimientos y conducta; se aprende en edades tempranas a través de la interacción social. El autocontrol protege al individuo ante cualquier tipo de excesos.

1.4.2. Espiritualidad/Religiosidad. Al inicio de la psicología moderna, la espiritualidad y la religiosidad fueron importantes temas de estudio. Sin embargo, a principios del siglo XX, el estudio de la espiritualidad quedó relegado (Pargament & Mahoney, 2002).

Inicialmente los conceptos de espiritualidad y religiosidad se emplearon de manera indistinta por los psicólogos de la religión (Wulff, 1998, citado en Pargament & Mahoney, 2002, p. 647). Sin embargo, distintos autores han contrastado ambas categorías, consideran que la religión es institucional, dogmática y restrictiva, mientras que la espiritualidad es personal, subjetiva, y mejora la vida (Pargament & Mahoney, 2002).

Para Pargament y Mahoney (2002) ambas categorías son diferentes, pero están interrelacionadas. Por su parte, conceptualizan el término religión como un amplio dominio individual e institucional que sirve para una gran variedad de propósitos tanto

seculares como sagrados. Mientras que definen a la espiritualidad como “una búsqueda de lo sagrado” (Pargament 1999, citado en Pargament & Mahoney, 2002, p. 647).

Para analizar el origen de la espiritualidad, Kirkpatrick (1999) retoma la *teoría del apego* de Bowlby. Kirkpatrick sugiere que los modelos mentales del niño acerca de Dios probablemente correspondan con el modelo de sí mismo y otros que surgen a partir de las interacciones repetidas con las figuras primarias (citado en Pargament & Mahoney, 2002, p. 649). Los estudios revisados por Kirkpatrick muestran paralelismos entre la calidad de apego a Dios (por ejemplo, seguro, inseguro) y la calidad de apego a los padres en distintas etapas de la vida (citado en Pargament & Mahoney, 2002, p. 649).

Algunos datos empíricos. Diversos estudios revelan la fuerte implicación de la espiritualidad y de la religiosidad en distintos aspectos del funcionamiento humano. Al parecer, las personas que buscan lo sagrado también experimentan una serie de beneficios psicológicos y sociales (Pargament & Mahoney, 2002). En el ámbito académico, la religión es un predictor significativo del rendimiento académico (Kotzé & Niemann, 2013). Un estudio reveló que los estudiantes universitarios que participaron en prácticas religiosas o espirituales presentaron mayor promedio en las calificaciones (Astin & Astin, 2004) o bien, incrementaron su rendimiento académico (Mooney, 2010).

En relación a la salud, Sapolsky (1994/2013) considera que la religiosidad y la espiritualidad son temas que enfocados a la salud generan controversia. Por su parte, Perales, Sogi y Morales (2003) señalan que en los últimos años, el apoyo social de la religión no tiene la misma influencia positiva en los jóvenes estudiantes que en décadas pasadas. No obstante, existen estudios que indican los beneficios de la religiosidad y/o espiritualidad sobre la salud. Por ejemplo, Papazisis, Nicolaou, Tsiga, Christoforou y Sapountzi-Krepia (2014) realizaron un estudio en Chipre y reportaron que el 98.2% de los estudiantes encuestados manifestó ser fuertemente religioso y/o tener creencias

espirituales, lo que correlacionó de manera fuerte y positiva con la autoestima y de manera negativa con la depresión, el estrés y el estrés como rasgo de personalidad.

Por otra parte, estudios indican que participar en actividades de tipo religioso puede tener un efecto preventivo en el uso de sustancias psicoactivas (Sanabria León, 2009). Pulido Rull et al. (2013) estudiaron la importancia relativa de diferentes factores de riesgo y protección, como predictores de conductas de riesgo en una muestra de estudiantes de bachillerato y licenciatura. Los resultados del estudio mostraron que la religiosidad se relaciona de manera inversa con el consumo de tabaco. Por su parte, Meier (2003) reportó que una alta religiosidad reduce la probabilidad de iniciar una actividad sexual a edad temprana en adolescentes, siendo el efecto mayor en las mujeres (citado en Štulhofer, Šoh, Jelaska, Baćak, & Landripet, 2011, p. 362). De manera similar, Pulido Rull et al. (2013) reportaron una correlación inversa entre religiosidad y conducta sexual de riesgo. En contraste, García Reza (2001), indicó que la religión no fue un factor protector contra el comportamiento sexual de alto riesgo. Mientras que un estudio que tuvo como objetivo examinar el alcance de la actividad sexual en estudiantes de una universidad afiliada a una iglesia conservadora que prohíbe la actividad sexual antes del matrimonio, reportó que los encuestados participaron en todo tipo de actividad sexual (masturbación, sexo oral, anal y vaginal), sin embargo, su participación ocurre en menores tasas que en otros grupos de población (Helm, McBride, Knox, & Zusman, 2009). En el caso de las mujeres que son religiosamente educadas disminuye la probabilidad de haber iniciado la actividad sexual de 37% a 54% (Štulhofer et al., 2011).

A modo de conclusión. La espiritualidad y la religiosidad son conceptos distintos, pero que se interrelacionan. Existe evidencia empírica que demuestra que la espiritualidad y la religiosidad son factores protectores de conductas de riesgo para la salud. En relación al rendimiento escolar, se puede deducir que la influencia de las creencias religiosas en

los jóvenes puede estar asociada a un estilo de vida más disciplinado, ordenado, riguroso y normativo que favorece el rendimiento académico. Sin embargo, dicha mejora no es necesariamente debida a un efecto cognitivo.

1.4.3. Optimismo. El optimismo es uno de los constructos más importantes y mayormente estudiados dentro de la Psicología Positiva. Desde este campo de estudio el optimismo puede ser considerado como un rasgo de personalidad o como una estrategia de adaptación (Shankland, 2014). En el siguiente párrafo se abordaran dos concepciones acerca del optimismo:

El optimismo como estilo explicativo: Desde éste enfoque el optimismo consiste en considerar que la probabilidad de que ocurran eventos positivos es superior a que ocurran eventos negativos (Shankland, 2014), es decir, se refiere a las expectativas positivas que puede desarrollar el sujeto en una determinada situación. Es así que desde esta perspectiva se ve al optimismo como un estado o como una característica (Shankland, 2014).

Por su parte, Carr (2007) sostiene que el estilo explicativo del optimismo se refiere al modo en el que habitualmente las personas tienden a explicar lo que les sucede. Desde este enfoque, la persona *optimista explica* los acontecimientos negativos atribuyendo sus causas a *factores externos*, transitorios y específicos como las circunstancias que se suscitan en determinado momento. Por el contrario, las personas *pesimistas explican* los acontecimientos negativos atribuyendo sus causas a *factores internos*, permanentes y de carácter general.

Para Carver y Scheier (2002), el optimismo y el pesimismo son cualidades básicas de la personalidad que influyen en la manera en cómo se orientan las personas ante los distintos acontecimientos de sus vidas.

Algunas veces el optimismo es considerado como una estrategia que puede ser o no consciente que los sujetos adoptan para lograr un objetivo (Shankland, 2014).

Evidencia empírica. Los resultados muestran que las personas que tienen un estilo explicativo pesimista manifiestan más resignación y síntomas depresivos, tienen menor rendimiento escolar y profesional, son menos saludables física y mentalmente (Shankland, 2014).

Las personas optimistas experimentan menos angustia (distress) después de un evento negativo que las personas pesimistas (Carver & Scheier, 2002). Scheier, Carver y Bridges (2000) señalan que “cuando la persona optimista se topa con dificultades sigue persiguiendo los objetivos que valora y se regula a sí misma y regula su estado personal aplicando unas estrategias de afrontamiento eficaces que le permiten lograr sus objetivos” (como se cita en Carr, 2007, p. 116).

Por otro lado, Rabelo y Neri (2005) sostienen que el optimismo permite a las personas enfrentar de manera más efectiva las situaciones causantes de estrés. Para Morán Astorga y Schulz (2008) el optimismo favorece la elección de estrategias de afrontamiento debido a que las personas optimistas buscan en mayor medida apoyo emocional, y ante situaciones que producen estrés, tienden a interpretarlas de una forma positiva.

Por su parte, Carver y Scheier (2002) indican que la persona optimista tiene una tendencia disposicional a enfrentar activamente los problemas y a centrarse en los mismos mientras que las personas pesimistas tienden a desatenderlos. Además las personas optimistas tienden a aceptar la realidad de las situaciones estresantes y procuran ver lo mejor de las malas situaciones así como tratan de aprender algo de ellas. En contraste, las personas pesimistas tienden hacia la negación manifiesta y al abuso de sustancias (Carver & Scheier, 2002). Otras evidencias muestran que el optimismo se relaciona con conductas

dirigidas a promover la salud y reducir el riesgo para la salud mientras que en el pesimismo se observan varias formas de abuso de sustancias (Carver & Scheier, 2002). Por otra parte, un estudio que tuvo como objetivo determinar si los recursos psicológicos pueden ser potenciales predictores del rendimiento académico encontró que el optimismo no fue un predictor del rendimiento académico (Kotzé & Niemann, 2013).

A modo de conclusión. El optimismo puede ser definido como la perspectiva positiva hacia diferentes situaciones que pueden presentarse en la vida. El optimismo es considerado un recurso psicológico por su papel protector ante diversos tipos de problemas como los relacionados con la salud.

1.4.4. Habilidades sociales. Las habilidades sociales han sido definidas de diversas maneras. En la literatura se encuentran diversas acepciones. De esta manera, el concepto de *habilidades de interacción social*, suele emplearse como sinónimo de *habilidades sociales*, *habilidades de relación interpersonal*, *competencia social* y *asertividad* (Contini, 2008). De acuerdo a Contini (2008), cabría diferenciar entre competencia social y habilidades de interacción social.

Se ha destacado que es complejo conceptualizar a las habilidades sociales debido a que su valor social cambia de un contexto a otro (Coronel, Levin, & Mejail, 2011). En este sentido, Contini (2008) agrega que las habilidades de interacción social no sólo varían en función del contexto, sino también de las personas que interactúan y de las circunstancias en las que tienen lugar.

Una de las acepciones mayormente aceptada de las habilidades sociales es la propuesta por Monjas (1993) quien las define como aquellas “conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (como se cita en De Miguel, 2014, p. 18).

Las habilidades sociales se basan en elementos verbales, motrices, emocionales y cognitivos (Contini, 2008). Incluyen conductas como “la habilidad para defender los propios derechos, la habilidad para hacer peticiones, la habilidad para decir no y cortar interacciones” (Zavala Berbena, Valdez Sierra, & Vargas Vivero, 2008, p. 326).

Para Coronel et al. (2011), las personas con habilidades sociales muestran seguridad en sí mismas, son capaces de autoafirmarse y de responder de forma adecuada a los demás.

El aprendizaje de las habilidades sociales se adquiere “por medio de experiencias y la infancia es un período crítico para su aprendizaje” (Bellack & Morrison, 1982, citado en De Miguel, 2014, p. 18). De esta manera, en un primero momento, la interacción social madre-hijo y después la relación entre los pares durante la infancia y la adolescencia son determinantes para el aprendizaje de las habilidades de interacción social (Contini, 2008).

De acuerdo a Monjas (1996) es importante que el niño haya desarrollado una relación satisfactoria con sus progenitores o con alguna figura adulta de referencia para que pueda interactuar de forma adecuada con los pares. En este sentido, Contini (2008) especifica que si las habilidades sociales adquiridas se caracterizan por ser positivas, impactarán favorablemente en la configuración de una personalidad saludable durante la adultez y en la calidad de vida. Además señala que las habilidades sociales establecen una de las mayores fuentes de bienestar y disfrute. Por lo que las características del ambiente en el que se desarrolla el niño o el adolescente es decisivo en el proceso de aprendizaje de las habilidades sociales, es decir, si el contexto se caracteriza por ser salutogénico o disfuncional, el estilo de las habilidades adquiridas podrá ser de tipo asertivo, inhibido o agresivo, según sea el caso.

La teoría del aprendizaje social de Bandura aporta los elementos que permiten explicar la adquisición temprana de las habilidades sociales. Según Monjas (1993) “las

habilidades de interacción social se aprenden a través de varios mecanismos como el aprendizaje de experiencia directa, aprendizaje por observación, aprendizaje verbal o instruccional y aprendizaje por feedback interpersonal” (como se cita en De Miguel, 2014, p.18).

Algunos datos empíricos. Distintos estudios indican que las habilidades de interacción social favorecen a los individuos en su funcionamiento social y permiten prevenir problemas psicológicos a lo largo de su vida. Además, las habilidades sociales son consideradas un medio de protección y de promoción de la salud (Lacunza & Contini, 2011). De ésta manera, se ha encontrado que protegen ante conductas adictivas (Anguiano Serrano, Vega Valero, Nava Quiroz, & Soria Trujano, 2010) y su déficit es un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Hoover & Gaffney, 1991, citado en Anguiano Serrano et al., 2010).

A modo de conclusión. Se concluye que las habilidades sociales son conductas observables, aprendidas a través de la interacción social e influyen en las relaciones funcionales con otras personas en un determinado contexto. Además son esenciales para la salud psicológica y el éxito en distintas áreas de la vida.

1.4.5. Apoyo social. El apoyo social es conceptualizado de diversas maneras. Desde la perspectiva de Berger y Thompson (1998) es definido como un apoyo emocional y asistencial práctico que es brindado principalmente por los amigos y la familia a una persona necesitada. En este sentido, Novel Martí (1998) distingue que existen redes de apoyo *naturales* y redes de apoyo *organizadas*. Las redes de apoyo naturales están conformadas por la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de estudio, de trabajo, así como de culto y creencias, entre otros. Mientras que las redes sociales organizadas están compuestas por el voluntariado institucional, los grupos de autoayuda,

las asociaciones y la ayuda profesional. Por lo tanto, el apoyo social puede provenir de estas dos redes sea de manera conjunta o alternada.

Para Novel Martí (1998), el apoyo social supone “un conjunto de contactos personales a través de los cuales los individuos mantienen la identidad social; reciben apoyo personal, ayuda material, información y servicios, y establecen nuevos contactos” (p. 83). Mientras que para House (1981) representa “una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: (a) preocupación emocional (amor, empatía, etc.), (b) ayuda instrumental (bienes y servicios), (c) información acerca del contexto o (d) valoración (información relevante para la auto-evaluación” (como se cita en Rodríguez Marín, Pastor, & López Roig, 1993, p. 357).

El apoyo social también es conocido como *redes de apoyo* o *redes sociales*. Por su parte, Pierce et al. (1996), señalan que existen ciertas diferencias “entre apoyo social percibido, las relaciones de apoyo y las redes de apoyo” (como se cita en Carr, 2007, p. 275). El *apoyo social percibido* se refiere a la percepción de que otras personas están disponibles para ofrecer ayuda emocional o instrumental cuando se requiera. Las *relaciones de apoyo* pueden ser definidas como los vínculos sociales que se presentan entre dos personas y ante casos de dificultad pueden brindarse ayuda emocional o instrumental, mientras que la *red social* está constituida por todas las relaciones de apoyo con las que cuenta la persona (Carr, 2007).

Para Novel Martí (1998), el apoyo social provenga de la fuente que sea es primordial para la supervivencia y el mantenimiento de la integridad física y psicológica.

Algunos datos empíricos. Distintos estudios han dado a conocer los beneficios del contacto y el apoyo social sobre la salud mental y física del individuo. Se ha demostrado que las personas que cuentan con un sistema de apoyo familiar efectivo sobrellevan mejor los problemas que se presentan en la vida (Novel Martí, 1998); asimismo, están

mayormente protegidas del impacto negativo del estrés que las personas que no tienen este tipo de apoyo (Novel Martí, 1998). De hecho, varios de los beneficios del apoyo social pueden originarse a partir de la percepción de que el apoyo social está presente (Taylor, 2007).

A modo de conclusión. El apoyo social es una función social que se refleja, entre otras acciones, a través de la comunicación afectiva y el cuidado. Diferentes tipos de apoyo, puede provenir de la familia, de los amigos y de otras personas, así como de distintas instituciones y organizaciones sociales. El apoyo social es un factor de protección ante el estrés y distintas enfermedades.

1.4.6. Altruismo. El altruismo es una de las principales formas de conducta prosocial. Martorell et al. (2011) definen a la conducta prosocial “como la conducta voluntaria y beneficiosa para los demás; que se relaciona con el desarrollo emocional y la personalidad; y comprende acciones de ayuda, cooperación y altruismo” (citado en Arias Gallegos, 2015, p. 3).

El altruismo es conceptualizado de diversas formas. De manera general, se define como una conducta de ayuda dirigida hacia los demás sin esperar nada a cambio (Gross, 2004). Sin embargo es de hacer notar que a pesar de que distintos biólogos y psicólogos definen al altruismo como una *conducta de ayuda* hacia los demás, desde el marco de la Psicología Positiva no se recomienda definir al altruismo de esa manera, puesto que se está dejando de lado el motivo que lleva a dicho comportamiento (Batson, Ahmad, Lishner, & Tsang, 2002). Batson et al. (2002) consideran que si el último fin es beneficiar a la persona que recibe ayuda, entonces se trata de una *motivación altruista*, pero si el último fin es aumentar el propio bienestar, entonces, la *motivación es egoísta*. Por lo tanto, se puede decir que el motivo subyacente de una conducta de ayuda puede ser altruista o egoísta.

Existen distintas posturas que debaten acerca de la existencia o inexistencia del altruismo. De acuerdo a Batson et al. (2002) pensadores como Aristóteles, Santo Tomás de Aquino, Thomas Hobbes, François de la Rochefoucauld, David Hume, Adam Jeremy Bentham, Friedrich Nietzsche, Sigmund Freud, distintos filósofos del Renacimiento y Post-Renacimiento y más recientemente biólogos y psicólogos consideran que en el fondo el ser humano es puramente egoísta, se considera que todas las acciones por muy nobles que sean, el individuo las realiza para su propio beneficio.

Por otro lado, tanto en escritos filosóficos anteriores como en los estudios psicológicos más recientes, se considera a la empatía como una posible fuente de la motivación altruista (Batson et al., 2002). Batson et al. (2002) definen a la empatía como “una respuesta emocional orientada hacia el otro, obtenida y congruente con el bienestar percibido de otra persona” (p. 486, traducción propia). Sin embargo, para evitar confusiones o reducir a un solo significado a la conducta empática, Batson et al. (2002), indican que la emoción empática debe distinguirse de las siguientes acciones: 1) conocer el estado interno de otra persona, incluyendo pensamientos y sentimientos; 2) asumir el lugar del otro; 3) llegar a sentir como la otra persona siente; 4) intuir o proyectarse en situaciones ajenas; 5) imaginar cómo se está sintiendo la otra persona; 6) imaginar cómo uno podría pensar y sentir si estuviera en el lugar del otro y 7) sentirse angustiado por el sufrimiento de otra persona.

Según Batson et al. (2002), diversos estudios apoyan la idea de que los sentimientos empáticos impulsan la motivación altruista. De esta manera, señalan que aumentar el bienestar de otra persona podría considerarse como una meta final, un medio (instrumento) para obtener uno o más beneficios propios, o ambos. En ese sentido la emoción podría ser altruista, egoísta o ambas.

Batson et al. (2002) sostienen que el sentimiento de empatía puede servir para la motivación altruista, pero también puede conducir a la atención centrada en uno mismo e inhibir otros sentimientos orientados. Los autores indican que de una motivación altruista-egoísta pueden resultar tres clases de auto-beneficios. Así por ejemplo, al ayudar a otra persona: 1) se reduce la excitación empática, que puede ser experimentada como aversiva; 2) se evitan posibles castigos sociales y de auto-castigo por no brindar ayuda y 3) se ganan beneficios sociales y de auto-recompensa por hacer lo que es considerado bueno y correcto.

En lo que respecta al primer punto, la *reducción de la excitación adversiva*, Batson et al. (2002) señalan que el sentimiento de empatía por alguien que está sufriendo es displacentero, por lo que se brinda la ayuda para eliminar ese sentimiento. Para Batson et al. (2002), el hecho de que la conducta altruista se realice para reducir el propio malestar personal, indica que la motivación subyacente es egoísta.

En relación al segundo punto, castigo específico de la empatía, Batson et al. (2002) afirman que ésta es una segunda explicación egoísta del altruismo que indica que la gente aprende a través de la socialización, la obligación adicional de ayudar, por lo tanto, la vergüenza y culpabilidad que pueda sentir la persona al no brindar ayuda se debe al sentimiento de empatía.

Para Batson et al. (2002), la recompensa específica de la empatía es la tercera explicación egoísta. Desde este enfoque, se sostiene que cuando la persona piensa en los premios especiales que se vinculan al ayudar a alguien, el motivo subyacente se debe a un deseo egoísta de obtener reconocimiento.

Se han sugerido otras posibles fuentes de la motivación altruista entre las que se encuentran: la personalidad altruista, el razonamiento moral y los valores prosociales internalizados; otros posibles motivos prosociales se encuentran en el colectivismo y el

principismo (Batson et al., 2002). Batson et al. (2002) definen al colectivismo como la motivación “para beneficiar a un grupo particular como un todo” (p. 490). Mientras que el principismo es una motivación que tiene como objetivo defender algún principio moral (Batson, 1994 citado en Batson et al., 2002).

Batson et al. (2002) señalan que existe evidencia de que cada una de estas fuentes potenciales está asociada con una mayor motivación para ayudar, sin embargo, no está claro si se trata de una motivación altruista.

En la teoría de reducción del sufrimiento de los demás, Batson et al. (1981, citados en Voci, 2013) sostienen que algunos comportamientos prosociales están en el fondo motivados por el deseo de ayudar a los demás. Desde esta perspectiva, el motivo que subyace a la conducta altruista no es egoísta.

En la teoría del aprendizaje social se considera al altruismo como un proceso de internalización de las normas sociales que se adquieren en el proceso de socialización y el aprendizaje (Chóliz, 2002).

Algunos datos empíricos. Numerosos trabajos reportan los efectos benéficos del altruismo sobre el bienestar y la salud en general en las distintas edades de la vida (Shankland, 2014). En el ámbito escolar, la conducta prosocial se ha relacionado con “la motivación intrínseca y las metas de aprendizaje de los alumnos, así como con el logro o rendimiento” (Inglés, Martínez-González, Valle, García-Fernández, & Ruiz-Esteban, 2011 como se citan en Arias Gallegos, 2015, p. 4). En el ámbito de la salud, la conducta prosocial cuando es aprendida de los pares actúa como factor protector de las conductas de riesgo y supone un importante soporte para la prevención de diversos trastornos psicológicos (Martínez González, Inglés Saura, Piqueras Rodríguez, & Oblitas Guadalupe, 2010).

A modo de conclusión. La empatía es un importante aspecto relacionado a la conducta altruista. Desde la perspectiva de la psicología positiva, la motivación altruista es vista como el deseo genuino de ayudar a los demás sin recibir nada a cambio. Algunos estudios han indicado que el altruismo tiene beneficios sobre la salud física y psicológica, el rendimiento académico y el bienestar en general.

1.4.7. Afectividad positiva y Afectividad negativa. Los teóricos de la afectividad están de acuerdo en la existencia de dos dimensiones básicas: la afectividad positiva y la afectividad negativa. Sin embargo, no existe un acuerdo en la conceptualización de ambas dimensiones (Carr, 2007).

Estudios realizados desde la neurobiología indican que dos mecanismos fisiológicos parecen regular los afectos. Estos mecanismos reflejan la coexistencia de dos sistemas motivacionales distintos: un sistema apéitivo (positivo) y un sistema aversivo (negativo). La activación del sistema positivo se caracteriza por estados afectivos como el entusiasmo mientras que su desactivación por estados afectivos como la apatía. La activación del sistema negativo se manifiesta por estados afectivos como el nerviosismo o la ansiedad, mientras que una afectividad negativa baja se caracteriza por la calma o la relajación (Garcia & Herrbach, 2006).

Existen dos modelos principales que tratan de describir las distintas categorías de las emociones. Por un lado, se ubica el *modelo circunplejo* o *dimensional*, según el cual las emociones pueden clasificarse sobre la base de dos dimensiones: la evaluación (positiva-negativa) y el nivel de activación o excitación (alto-bajo). De esta manera existen emociones agradables de alta y baja activación (por ejemplo, entusiasmado y relajado) y emociones desagradables de alta y baja activación (nervioso y adormilado, por ejemplo).

El siguiente enfoque sugiere la existencia de un modelo ortogonal de las emociones, desde esta perspectiva se sostiene la existencia de dos factores relativamente independientes: afectividad positiva y afectividad negativa (Carr, 2007). La afectividad positiva es una dimensión que se caracteriza por presentar sensaciones agradables o positivas de distintas intensidades, contiene las subdimensiones de la jovialidad, la seguridad en uno mismo, y la atención; se caracteriza por un sistema conductual de facilitación y se relaciona con la personalidad extrovertida, mientras que una *baja afectividad positiva* se asocia a distintos trastornos psicológicos (Carr, 2007; Watson, 2002). En contraste, la afectividad negativa se caracteriza por presentar sensaciones emocionales desagradables o negativas de distintas intensidades, contiene las subdimensiones del temor, la tristeza y el cansancio, presenta un sistema conductual caracterizado por la evitación y correlaciona con la personalidad neurótica (Carr, 2007; Watson, 2002).

Watson (2002) sostiene que los niveles de afectividad positiva están fuertemente influenciados por factores hereditarios que intervienen en el funcionamiento del sistema nervioso central.

Algunos datos empíricos. Distintos estudios indican que hombres y mujeres presentan niveles idénticos de afecto positivo (Watson, 2002). Pressman y Cohen (2005) hicieron una revisión de la literatura sobre la asociación entre el afecto positivo y la salud física. Los datos encontrados indican que niveles altos de afectividad positiva están asociados con mejores prácticas en salud y con menores niveles de hormonas del estrés. De hecho, el afecto positivo es un factor de protección de la enfermedad cardiovascular (Davidson, Mostofsky, & Whang, 2010). Por el contrario, los estilos afectivos negativos son predictores de enfermedades y mortalidad (Cohen & Pressman, 2006). Otros estudios indican que el optimismo es una variable que predispone a la salud en general, no obstante

la relación optimismo-salud está mediada según el tipo de afecto. De esta manera, el afecto positivo media positivamente con mejor nivel de salud, mientras que el afecto negativo lo hace de forma negativa (Vera-Villaroel & Celis-Atenas, 2014).

Por otra parte, Carr (2007) señala que la afectividad positiva orienta al organismo a situaciones placenteras. Al respecto, cabe citar un estudio de Padrós Blázquez et al. (2012) que reportó que la gaudibilidad (capacidad de disfrute) se relaciona positiva y significativamente con el afecto positivo y el bienestar psicológico.

En el modelo de amortiguación del estrés por la influencia del afecto positivo en la salud de Pressman y Cohen (2005), se indica que el afecto positivo juega un importante papel en varios puntos de la respuesta al estrés. En primer lugar, las personas con alta afectividad positiva experimentan menos estrés en su ambiente. En segundo lugar, cuando se presentan factores potenciales de estrés, los recursos sociales que se asocian con el afecto positivo ayudan a reducir el daño potencial y refuerzan la percepción de capacidad y control para afrontar las demandas impuestas. Por último, el afecto positivo puede influir en la salud, principalmente, a través de su capacidad para amortiguar las influencias potencialmente patógenas de los eventos estresantes.

A modo de conclusión. La afectividad positiva parece tener un rol importante en el manejo de los recursos psicológicos para afrontar situaciones estresantes; predispone al individuo a mantener un estilo de vida saludable y confortante.

Capítulo 2. Rendimiento académico

2.1. Definiciones de rendimiento académico

El rendimiento académico, conocido también como rendimiento escolar o aprovechamiento escolar (Vallejo Anaya, 2011) ha sido definido y abordado de distintas formas. González (1988) señala que las definiciones sobre rendimiento académico se han desarrollado básicamente en dos vertientes: las concepciones unicriteriales y los enfoques multidimensionales. La perspectiva unicriterial se enfoca en la voluntad del alumno hacia las tareas escolares, en sus capacidades y aptitudes intelectuales. Desde el enfoque multidimensional, si bien se hace referencia a los niveles aptitudinales y de motivación, también se alude a distintas variables externas al alumno que inciden sobre el rendimiento académico.

En los últimos años la investigación sobre rendimiento académico se ha enfocado a partir de un marco integrado por múltiples dimensiones y relaciones con otras variables. Por lo tanto, distintos autores coinciden en describirlo como un fenómeno complejo y de naturaleza multifactorial en el que pueden incidir tanto factores internos o propios del alumno, así como factores externos o del contexto (Castro Meline, 2009; Garbanzo Vargas, 2007).

Gutiérrez Olvera y Montañez Moya (2012) definen al rendimiento académico como el nivel de conocimientos que presenta un estudiante según su nivel educativo. Para Manzano Díaz (2007) el rendimiento académico es el efecto del esfuerzo y la capacidad de trabajo del estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, mismo que se ve reflejado en sus capacidades o competencias adquiridas. Por su parte Garbanzo Vargas (2007), señala que el rendimiento académico implica el logro o éxito del estudiante en sus labores académicas.

Una definición más elaborada es la que presenta Edel Navarro (2003) quien define al rendimiento académico como: “un constructo susceptible de adoptar valores cuantitativos y cualitativos, a través de los cuáles existe un acercamiento a la evidencia y dimensión del perfil de habilidades, conocimientos, actitudes y valores desarrollados por el alumno en el proceso de enseñanza-aprendizaje” (pp. 12-13).

2.2. Evaluación del rendimiento académico en estudiantes universitarios

En el marco de la educación institucional, las calificaciones o notas escolares son el fundamento social y legal del rendimiento académico de los alumnos (Montero Rojas, Villalobos Palma, & Valverde Bermúdez, 2007). Diversos estudios empíricos realizados con estudiantes universitarios muestran que la calificación promedio o la calificación en materias específicas fueron empleados como indicadores del rendimiento académico.

Por lo general existen dos tipos de exámenes o pruebas que son utilizadas en las instituciones de educación para medir el rendimiento académico: las escolares y las estandarizadas. En ambas modalidades, los exámenes son diseñados con el objetivo de medir el nivel de conocimientos y las habilidades desarrolladas por el estudiante en un área particular de aprendizaje. Los exámenes escolares son diseñados por el profesorado de la institución educativa cuyo contenido está enfocado en los programas académicos de los planes de estudio, el profesor califica los exámenes y entrega los resultados.

Respecto a los exámenes estandarizados en México el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior A. C. (CENEVAL) tiene la función principal de diseñar y aplicar los instrumentos de evaluación de conocimientos, habilidades y competencias, así como analizar y difundir los resultados obtenidos. En la elaboración de estas pruebas participan distintos expertos procedentes de distintas instituciones

académicas del país y organizaciones de profesionales con reconocimiento a nivel nacional.

Los exámenes diseñados por el CENEVAL (2016), se caracterizan por ser: objetivos; estandarizados, de ejecución máxima de poder y de opción múltiple.

Willcox Hoyos (2011) señala que al no ser posible estandarizar todos los mecanismos de evaluación, se toma a la calificación de las materias como indicador del rendimiento del alumno. No obstante ha sido muy criticado el empleo de calificaciones como medida del rendimiento académico (Rodríguez Ayán & Ruiz Díaz, 2011), puesto que en la mayoría de los casos, el profesor determina la calificación a través de sus propios criterios lo que implica un alto grado de subjetividad (Page et al., 1990).

Resulta importante considerar que tanto las universidades de los países desarrollados como las de los países en vías de desarrollo tienen sus propios criterios de evaluación para obtener la calificación de las asignaturas que cursa el estudiante. En el caso particular de México, se utilizan dos escalas de calificaciones para que el estudiante pueda aprobar, acreditar o promoverse al siguiente curso: una es la numérica, del 5 al 10, donde el 5 es calificación reprobatoria, el 6 es la mínima calificación aprobatoria y el 10 es la máxima calificación aprobatoria. En la otra escala se usan letras: E (Excelente) o MB (Muy Bien), B (Bien), R (Regular), S (Suficiente) y NA (No Acreditado), cada una con equivalentes numéricos: 10, 9, 8, 7, 6 y 5, respectivamente. Además, en algunas instituciones educativas de nivel superior existen las calificaciones NP (No Presentó), que significa que el alumno no tiene calificación, y AC (acreditado), cuando el alumno obtiene la calificación mínima para aprobar.

Otro indicador del rendimiento académico que está siendo adoptado en nuestro país es el sistema de créditos. De acuerdo a la Secretaría de Educación Pública (SEP) y a la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior

(ANUIES) (2007), el crédito es el valor que se brinda a una asignatura, actividad o unidad de aprendizaje. En el sistema de créditos el alumno forma parte activa de su aprendizaje y debe adquirir las competencias, los conocimientos, las habilidades y las actitudes que se exigen en el plan de estudios. Los créditos son un indicador del grado de avance de determinado programa y a través de los créditos se estima el tiempo y esfuerzo invertido en el aprendizaje por parte del estudiante.

A nivel internacional, el crédito académico ha sido aceptado como un instrumento para el reconocimiento de aprendizajes y logros académicos (SEP & ANUIES, 2007). En países como Estados Unidos y Canadá el sistema de créditos académicos acumulados por los alumnos es considerado como un indicador de rendimiento académico (Rodríguez Ayán & Ruiz Díaz, 2011).

En México a partir de la década de los noventas, se planteó a las diferentes Instituciones de Educación Superior, la necesidad de establecer un Sistema de Asignación y Transferencia de Créditos Académicos (SATCA) que regule el reconocimiento académico y brinde la oportunidad de movilidad a los estudiantes (SEP & ANUIES, 2007). Por lo que a partir de esos años y hasta la actualidad, diferentes Instituciones de Educación Superior están llevando a cabo reformas curriculares enfocadas a un currículo flexible que permita la movilidad estudiantil a través del sistema de créditos. El sistema de créditos propuesto está siendo compatible con los sistemas Europeos, de Norteamérica y de los países Iberoamericanos (SEP & ANUIES, 2007).

2.3. Factores que intervienen en el rendimiento académico

Se han llevado a cabo diversas investigaciones empíricas que destacan el peso de variables o recursos internos del estudiante sobre el rendimiento académico. Al respecto, Arancibia, Herrera y Strasser (1999) consideran que los resultados más significativos son los que han estudiado la autoestima, las expectativas y motivación de los alumnos. Otros

estudios destacan la influencia de variables externas, se ha encontrado que la familia es uno de los factores más importantes que explica el rendimiento académico de los alumnos, sobre todo en los países desarrollados (Aguirre González, Castro Meline, & Adame Carreño, 2009).

Por su parte, Garbanzo Vargas (2007) identifica tres tipos de factores o determinantes que inciden en el rendimiento académico: los personales, los sociales y los institucionales (ver H.2), mismos que presentan subcategorías o indicadores que pueden estar relacionados entre ellos. Los *factores personales* que la autora señala son los siguientes: la competencia cognitiva, la motivación, las atribuciones causales, las percepciones de control, las condiciones cognitivas, el autoconcepto académico, la autoeficacia percibida, el bienestar psicológico, la asistencia a clases, la inteligencia, las aptitudes, el sexo, la formación académica previa y la nota de acceso a la universidad. Entre los *factores sociales* destaca: las diferencias sociales, el contexto familiar, el nivel educativo de los padres o adultos responsables del estudiante, el nivel educativo de la madre, el capital cultural, el nivel socioeconómico y variables demográficas. Entre los *factores institucionales* menciona: la elección de estudios según interés del estudiante, la complejidad de los estudios, las condiciones institucionales, los servicios institucionales de apoyo, el ambiente estudiantil, las relaciones maestro-alumno y las pruebas específicas.

Nótese que lo expuesto es muestra del carácter multifactorial del rendimiento académico y esto implica una gran variedad de líneas de investigación. En este estudio se considera necesario hacer una delimitación del tema centrando la atención sólo en algunos factores personales e interpersonales que influyen en el rendimiento académico y que son susceptibles de ser modificados a través de intervenciones psicológicas. Por lo tanto, se

abordaran los siguientes factores: autocontrol, optimismo, habilidades sociales, espiritualidad/religiosidad, altruismo y apoyo social.

2.3.1. Autocontrol. En el estudio de Gómez Delgado, Muñoz Rosero, Benavidez Martínez, Luna Tascón y Ortiz Delgado (2013) llevado a cabo con niños escolares y con estudiantes adolescentes, se observó que los escolares que mostraron autocontrol, es decir, que postergaron la gratificación y contuvieron la impulsividad tuvieron mayor desempeño académico. Mientras que Luna Tascón, Gómez Jojoa y Lasso Belalcazar (2013) encontraron en estudiantes adolescentes ausencia de relación entre desempeño académico y autocontrol. Por su parte, Loftin, Gibb y Skibba (2005), en su estudio reportaron una relación positiva entre el autocontrol del estudiante con una mayor participación en clase y un mejor rendimiento académico. Mientras que Honken y Ralston (2013) observaron que la falta de autocontrol tiene una relación inversa con el promedio ponderado.

2.3.2. Optimismo. Singh y Jha (2013) reportaron una asociación positiva y significativa entre optimismo y rendimiento académico. En el estudio de Vega Estrada y Torregroza Simanca (2012) los resultados revelaron una relación positiva entre ambas variables solo en las mujeres. Mientras que un estudio que tuvo como objetivo determinar si los recursos psicológicos pueden ser potenciales predictores del rendimiento reportó que el optimismo no fue un predictor del rendimiento académico (Kotzé & Niemann, 2013). En virtud a los estudios revisados, es posible concluir que la relación entre optimismo y rendimiento académico no son determinantes.

2.3.3. Habilidades sociales. Distintos estudios han evaluado la relación entre habilidades sociales y el rendimiento académico. Así por ejemplo, Oyarzún Iturra, Estrada Goic, Pino Astete y Oyarzún Jara (2012) estudiaron la relación entre éstas variables en dos tipos de muestras diferentes (la primera compuesta por escolares y la

segunda por estudiantes universitarios), los resultados reportaron que existen diferencias significativas según el género. En las mujeres el rendimiento académico se asocia positivamente con la presencia de habilidades sociales, mientras que en los varones no se observó relación entre ambas variables. Por otro lado, Echavarri, Godoy y Olaz (2007) consideran que las diferencias de género respecto al rendimiento académico se deben tanto a las habilidades sociales como a las habilidades cognitivas.

2.3.4. Apoyo social. El rol que juega el apoyo social como variable asociada al rendimiento académico ha sido ampliamente estudiado. Se ha reportado que el apoyo que brinda la familia y/o los amigos influye en los logros académicos de los estudiantes universitarios (Yasin & Dzulkifli, 2011).

La familia como red de apoyo. De manera particular, el apoyo de los padres se asocia significativamente a las notas obtenidas en las asignaturas consideradas como las más difíciles (Galicia Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009) y a la consecución de las metas académicas (Martínez González, Inglés Saura, Piqueras Rodríguez, & Ramos Linares, 2010). Por el contrario, un contexto familiar donde los patrones de comunicación se caracterizan por la hostilidad y el rechazo, se asocia de manera negativa con el rendimiento académico de las materias consideradas como las más difíciles (Galicia Moyeda et al., 2009), mientras que la violencia intrafamiliar influye en el fracaso académico de los alumnos (Vélez van Meerbeke & Roa González, 2005).

A partir de estos estudios, puede verse que la familia como red de apoyo tiene incidencia sobre el rendimiento académico del estudiante. Sin embargo, cuando el ambiente familiar muestra rasgos de disfuncionalidad incide en el fracaso académico.

Red de apoyo de iguales. Los amigos forman parte del desarrollo psicosocial de los adolescentes y los jóvenes. En la adolescencia se busca apoyo en los amigos y entre ellos se brindan ayuda para superar distintas vicisitudes (Berger & Thompson, 1998). El

soporte social que brindan los amigos es un factor importante en la vida de un estudiante. En este sentido, se ha observado una relación positiva y significativa entre el apoyo social y el rendimiento académico en estudiantes de secundaria (Jacobson & Burdsal, 2012).

2.3.5. Altruismo. En el estudio de Urrutia et al. (2000) “hallaron que la conducta altruista o prosocial se asocia a bajo RA” (como se cita en Palacio Sañudo y Martínez de Biava, 2007, p. 123) mientras que Palacio Sañudo y Martínez de Biava (2007) no observaron asociación significativa entre la conducta altruista y el rendimiento académico.

2.3.6. Afectividad positiva. Para Fernández-Abascal (s.f.) las emociones positivas promueven estrategias cognitivas que se concretan en optimizar el rendimiento cognitivo tales como solucionar problemas de forma más creativa, tomar decisiones de forma más eficiente, ser más perseverantes ante las señales de fracaso, aumentar la motivación intrínseca y plantearse mayores retos. De ésta manera, las emociones positivas facilitan o promueven un mayor rendimiento (Carr, 2007).

2.3.7. Género. Distintos estudios han reportado la existencia de perfiles diferenciales según el sexo. En el estudio de Oyarzún Iturra et al. (2012) se reportó que el rendimiento académico en jóvenes de secundaria suele ser consistentemente más elevado en las mujeres que en los varones. De igual manera, a nivel universitario son las mujeres quienes presentan mayor rendimiento académico en comparación a los varones (Gómez Sánchez, Oviedo Marín, & Martínez López, 2011). Algunos investigadores concluyen que estas diferencias de género observadas en la infancia suelen mantenerse durante la universidad (Oyarzún Iturra et al., 2012). No obstante, en otro estudio se reportó que no hay asociación significativa entre ambas variables (Vélez van Meerbeke & Roa González, 2005).

2.4. Fracaso, deserción escolar y rendimiento académico

Se denomina fracaso escolar cuando el bajo rendimiento del alumno se considera insuficiente respecto a los objetivos prefijados (Salas, 2004). El bajo rendimiento académico es uno de los múltiples factores que motivan la deserción escolar. Tonconi Quispe (2010) señala que los estudiantes con alto rendimiento académico tienen mayor posibilidad de egresar de la licenciatura y los de bajo rendimiento tienden a reprobado, lo que puede ser causa de deserción escolar. Al parecer las instituciones de educación superior tienen en común que en el primer año universitario se presentan mayor número de problemas de bajo rendimiento académico y deserción (Solórzano Aparicio & Ramos Flores, 2006).

Frías y Corral (2012) sostienen que “la escuela es uno de los principales ambientes para el desarrollo de los seres humanos, ya que es un lugar donde los jóvenes adquieren habilidades y competencias necesarias que les permiten incorporarse a una comunidad productiva” (como se cita en Barrios Gaxiola & Frías Armenta, 2016, p. 65). En este sentido, es importante que la escuela a través del uso de intervenciones psicológicas haga posible la retención del alumno para ayudarlo en la identificación y desarrollo de sus recursos personales con el fin de que logre tener éxito académico.

2.5. La Psicología Positiva y su influencia en el rendimiento académico

Barrios Gaxiola y Frías Armenta (2016) indican que la Psicología Positiva ha sido utilizada en el ámbito escolar para lograr un mejor rendimiento académico y como una manera de apoyar el desarrollo psicosocial positivo de los estudiantes. Según los autores, el enfoque del desarrollo positivo surge a partir de la vulnerabilidad de los adolescentes ante diversos problemas psicosociales como: el abuso de sustancias psicoactivas, la deserción escolar y el embarazo.

Durlak (2010) realizó un metanálisis de 213 intervenciones enfocadas en la categoría de aprendizaje emocional y social. En los estudios revisados participaron más de 270,000 estudiantes. El análisis se centró en las habilidades propias del aprendizaje social y emocional; por lo que se basó en las siguientes categorías: actitud positiva hacia sí mismo y hacia los demás; conductas sociales positivas, problemas de conducta; distress y rendimiento académico. Los resultados indican que las intervenciones motivaron un cambio en las habilidades del aprendizaje socioemocional puesto que se produjo un efecto positivo en la conducta social, se redujeron los problemas de conducta; los niños no solo respondían con conductas más positivas, sino que los problemas disminuyeron. También se redujo el distress en todos los estudios y se produjo un cambio positivo en el rendimiento académico como resultado de estas intervenciones. Según Durlak, “los componentes del aprendizaje socioemocional como el desarrollo de la autoestima, la empatía, el autocontrol y la responsabilidad mejoran la capacidad para enfrentarse a los retos” (citado en Planas, 2015, párraf. 6).

2.6. A modo de conclusión

El rendimiento académico es un constructo en el que influyen diversos factores endógenos o exógenos que pueden afectar de manera positiva o negativa el desempeño del estudiante. Normalmente se mide con las calificaciones o notas escolares, también puede ser medido con los créditos académicos acumulados por los alumnos.

La Psicología Positiva puede desempeñar un papel significativo en la identificación y desarrollo de los recursos personales que contribuyan al éxito académico de los jóvenes estudiantes.

Capítulo 3. Conductas de riesgo

De acuerdo al criterio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés, *United Nations Children's Fund*, 2005) se considera jóvenes a las personas con edades comprendidas entre los 15 y 24 años de edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala que en este grupo etario la mayoría goza de buena salud, lo que ha llevado a considerar a esta población como saludable (Corona & Peralta, 2011; Krauskopf, 1995; Orbegoso Delgado, 2013). No obstante, las conductas de riesgo han dado lugar a la creación de programas de prevención en salud dirigidos a dicho grupo etario, puesto que se ha identificado que la morbimortalidad juvenil se ha asociado con factores que en su mayoría, son externos y conductuales (Krauskopf, 1995).

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se experimentan importantes transformaciones en el desarrollo a nivel biológico, psicológico y social (Berger & Thompson, 1998). Durante este período, el adolescente puede ser vulnerable y dar inicio a una diversa variedad de conductas de riesgo que a corto o largo plazo pueden afectar su salud biopsicosocial (Orbegoso Delgado, 2013).

Las conductas de riesgo están asociadas a la probabilidad de enfermar, accidentarse, adquirir una discapacidad o incluso, morir a edad temprana. Al analizar los principales problemas de salud de los adolescentes se observa que las conductas de riesgo se relacionan con dos terceras partes de las muertes prematuras (OMS, 2011). En el informe del Banco Mundial (2013) se señala que éste tipo de conductas se están incrementando a nivel mundial, y, sobre todo en los países en vías de desarrollo, plantean un peligro cada vez mayor para la salud de las personas.

Existen distintos modelos teóricos que explican las condiciones necesarias para llevar a efecto una conducta de riesgo. Desde el presente estudio se tratará de explicar este tipo de conductas desde la Teoría de la Conducta Problema de Richard Jessor.

3.1. Definición de conducta de riesgo

Jessor (1991) define a la conducta de riesgo como “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente” (p. 599). También se ha definido a la conducta de riesgo como una acción que realiza la persona en condiciones donde está latente el peligro y en la que se expone tanto la salud como la vida (Adès & Lejoyeux, 2004). Este tipo de conductas se desarrollan de manera gradual, se originan o se establecen en la adolescencia y con frecuencia se mantienen en la edad adulta, afectando la salud y el propio bienestar (Jackson, Henderson, Frank, & Haw, 2012), así como el de terceras personas (Banco Mundial, 2013).

Distintos investigadores han identificado en los adolescentes y en los jóvenes diferentes conductas de riesgo. Por su parte Jessor (1991) señala que las conductas de riesgo están relacionadas con problemas de conducta como lo es el uso de drogas, la deserción escolar, las relaciones sexuales sin protección, la delincuencia y conducir en estado de ebriedad. De igual forma, considera conductas de riesgo a los comportamientos poco saludables como el uso del tabaco, una alimentación poco nutritiva, el sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad. Otras conductas de riesgo están relacionadas con el comportamiento en la escuela como el ausentismo escolar, el abandono escolar y el uso de drogas en la escuela.

Las conductas de riesgo que serán abordadas en el presente estudio son el consumo de sustancias psicoactivas y la práctica del sexo inseguro.

3.2. Características de las conductas de riesgo

De acuerdo a Taylor (2007) muchas de las conductas que ponen en riesgo la salud tienen en común algunas de las siguientes características:

Primero, en la adolescencia existe un *período de vulnerabilidad* en el que se llevan a cabo distintas conductas de riesgo que pueden terminar en accidentes o en la muerte prematura.

Segundo, distintas conductas de riesgo se relacionan con las conductas de los amigos. En la adolescencia tiene importancia parecerle atractivo a los demás por lo que se tiene la probabilidad de recurrir a conductas que ponen en riesgo a la salud.

Tercero, muchas de las conductas de riesgo son placenteras, fortalecen la habilidad del joven para hacer frente a las situaciones adversas y algunas implican emociones excitantes no importando que sean conductas peligrosas.

Cuarto, el desarrollo de la conducta de riesgo no es repentino sino que se suscita de manera gradual a través del transcurso de distintas fases como la vulnerabilidad, experimentación y práctica regular de la conducta.

Quinto, las conductas de riesgo, tales como usar drogas o alcohol y practicar sexo inseguro, se pueden predecir por distintos factores psicosociales.

3.3. Factores de riesgo

De acuerdo a la OMS (2017) un *factor de riesgo* es cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumenta la probabilidad de sufrir un daño en su salud e integridad.

La identificación de los factores de riesgo ha sido un gran logro de la epidemiología, puesto que no sólo constituye un primer paso para establecer un entendimiento causal de la situación, sino además es útil para elaborar una intervención efectiva (Jessor, 1991).

En la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, Jessor (1991) plantea un modelo de dominios conceptuales interrelacionados de factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. En su modelo señala distintos grupos de factores de riesgo, entre los que se encuentran los siguientes tipos: *Biológico/Genéticos* (historia familiar de alcoholismo); *Contexto Social* (pobreza, anomia normativa, desigualdad racial y oportunidades ilegítimas); *Ambiente Percibido* (modelos de conducta desviada y conflictos normativos entre padres y amigos); *Personalidad* (percepción de pocas oportunidades en la vida, baja autoestima y propensión a correr riesgos) y de *Conducta* (problemas con el alcohol y bajo rendimiento escolar).

Otros estudios empíricos han observado que distintos factores psicosociales representan un riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas. Herrera Santi (1999) en su trabajo de revisión sobre los principales factores de riesgo, identificó los siguientes factores: *factores psicológicos*: insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia, relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo), modelos inapropiados de educación y crianza (sobrepotección, autoritarismo, agresión, permisividad, autoridad dividida, ambiente frustrante y sexualidad mal orientada). Entre los *factores de riesgo social* se destaca: contexto familiar inadecuado, pertenecer a grupos antisociales, promiscuidad, abandono escolar y laboral, así como bajo nivel escolar, cultural y económico.

3.4. Factores de protección

En el campo de la salud los factores protectores hacen referencia a las características propias de la persona, de la familia o de la sociedad que favorecen el desarrollo humano, manteniendo la salud o recuperándola (Páramo, 2011). Los factores de protección ayudan a disminuir o a contrarrestar el posible involucramiento del joven en conductas de riesgo (Jessor, 1991). (Ver H.4 y H.5).

Jessor (1991) identifica diferentes dominios de factores de protección entre los que se ubican los siguientes tipos: Biológico/Genético (alto nivel de inteligencia); Contexto Social (escuelas de calidad, unidad familiar, recursos del vecindario e interés por parte de los adultos); Ambiente Percibido (modelos de conducta convencional y alto nivel de control contra conducta desviada); Personalidad (valoración de los logros, valoración de la salud y la intolerancia a la desviación) y de Conducta (asistir a la iglesia y participar en actividades de la escuela o de clubes).

Por su parte, Vargas y Trujillo (2012) consideran que los factores de riesgo y protección asociados al incremento o decremento del consumo de sustancias psicoactivas dependen del género, la edad y el tipo de droga.

3.5. Conducta sexual de riesgo

La conducta sexual de riesgo ha sido definida como el comportamiento que aumenta el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, embarazos no deseados y abortos (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006).

Estudios realizados en distintos países han indicado que los factores asociados a la conducta sexual de riesgo incluyen: inicio de las relaciones sexuales a edad temprana, actividad sexual sin protección (particularmente sin condón), presencia de múltiples parejas y actividad sexual bajo la influencia del alcohol y/o drogas (Forcada Mier et al., 2013; Maharaj, Nunes, & Renwick, 2009; Pérez-Villegas et al., 2012; Pulido Rull, Carazo Cardona, González Sicilia, Coronel Villalobos, & Vera García, 2011).

3.5.1. Factores asociados a la conducta sexual de riesgo. Se han identificado algunos factores sociales y familiares que influyen en la decisión de llevar a cabo o no conductas sexuales de riesgo. Percibir escaso o nulo apoyo familiar, así como tener relaciones familiares regulares, malas o ausentes se asocia a un inicio sexual temprano (Pérez-Villegas, et al., 2012). Por otro lado, la comunicación entre padres e hijos

adolescentes, la percepción de las actitudes de los padres por los adolescentes, el seguimiento por parte de los padres a la vida social del adolescente y el apoyo de los padres son factores que se relacionan con el aplazamiento en el inicio de la actividad sexual del adolescente (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006).

Ramiro, Teva, Bermúdez y Buela-Casal (2013) llevaron a cabo un estudio con adolescentes españoles los cuales fueron divididos en tres grupos según su tipo de experiencia sexual (sin experiencia sexual; con experiencia sexual sin coito y con experiencia sexual coital), los resultados hallados indicaron que tanto los varones como las mujeres sin experiencia sexual presentaron los más altos puntajes en apoyo percibido de la familia en comparación con los otros dos grupos con experiencia sexual.

Por otro lado, Kalina et al. (2009) estudiaron la influencia de la supervisión de ambos padres y el apoyo parental en la conducta sexual de riesgo en una muestra de adolescentes de quince años de Eslovaquia. Sus resultados mostraron que la supervisión parental, incluso más que el apoyo parental, pueden retrasar el inicio de la actividad sexual en los adolescentes y aumentar la frecuencia del uso del condón entre los varones.

El estudio de Ramiro et al. (2013) reportó que las adolescentes que indicaron tener experiencia sexual coital obtuvieron altos puntajes en apoyo social percibido tanto de los amigos como el apoyo de una persona especial (posiblemente la pareja). Además, las jóvenes con experiencia sexual coital y altos puntajes en apoyo social percibido presentaron bajo riesgo sexual oral y anal.

3.5.2. Algunos datos epidemiológicos sobre la conducta sexual de riesgo. Se han identificado diferentes consecuencias de la conducta sexual de riesgo en adolescentes y jóvenes entre las que se encuentran: las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Díaz-Cárdenas, Arrieta Vergara, & González Martínez, 2014; Forcada Mier et al., 2013; Pulido Rull et al., 2011).

Enfermedades de transmisión sexual. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son conocidas también como enfermedades venéreas, las causas de estas enfermedades son las bacterias, virus, hongos y parásitos que son transmitidos por contacto sexual. Todas las conductas sexuales que involucren contacto con otra persona (vaginal, oral y anal) o con los fluidos de la misma, son considerados factores de riesgo para adquirir una enfermedad de este tipo (Domínguez Soto & Díaz González, 2008).

Las ETS han sido un problema de salud pública a nivel nacional e internacional. En México representan una de las diez principales causas de morbilidad, con un promedio de 220,000 casos por año (Domínguez Soto & Díaz González, 2008). Sin embargo, en distintos países en vías de desarrollo, incluido México, los datos de la situación epidemiológica no se conocen con exactitud, puesto que se presenta un subregistro. No obstante, “se ha estimado que la frecuencia de ETS en la población general fluctúa entre 0.1% y 0.5%; en cambio, para la población considerada como de alto riesgo, se calcula una frecuencia que va de 10% a 20%” (Domínguez Soto & Díaz González, 2008, párraf. 9).

Las ETS más comunes que se presentan en jóvenes mexicanos de 15 a 19 años de edad son la candidiasis urogenital seguida del Virus de Papiloma Humano (Fernández Varela, 2011).

En un estudio realizado en Estados Unidos por los *Centers for Disease Control and Prevention* (2011), se reportó que las mujeres con edades entre 15 y 19 años presentan las tasas más altas de clamidia y gonorrea respecto a las personas que pertenecen a otros grupos etarios. De acuerdo a Aspy et al. (2012), “el SIDA es una causa significativa de morbilidad y mortalidad entre mujeres jóvenes” (p. 4).

En Irlanda se hizo un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo para predecir infección genital por *clamidia trachomatis* entre

mujeres estudiantes de educación superior; se encontró una prevalencia de infección de 4.8% y de acuerdo al análisis multivariado, uno de los factores de riesgo identificados fue haber tenido tres o más parejas sexuales (O'Connell et al., 2009).

Por otra parte, en un estudio realizado con estudiantes mujeres heterosexuales, con edades entre 18 y 24 años, que han tenido actividad sexual, se reportó que en esta población, el nivel de diagnóstico de ETS se ubica en un rango de 0.1% a 2.6%. Las principales ETS diagnosticadas en orden ascendente fueron las siguientes: gonorrea, enfermedad inflamatoria pélvica, herpes genital, clamidia y verrugas genitales/VPH (Trieu, Bratton, & Marshak, 2011).

Embarazo adolescente. El embarazo adolescente es definido como aquel “que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen” (Issler, 2001, párr. 5). En México el embarazo adolescente es un problema de salud pública que cuenta con una alta incidencia. De hecho, entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México es el país que ocupa el primer lugar en la frecuencia de embarazos adolescentes. Al año cerca de 500 mil jóvenes menores de 20 años se convierten en madres (González Anaya, 2014).

La paternidad y maternidad a edad temprana traen consigo múltiples consecuencias que pueden afectar el proyecto de vida de los adolescentes. Entre los efectos colaterales del embarazo adolescente se encuentran: la deserción escolar, los conflictos familiares, las crisis emocionales, la falta de ingresos económicos y otros problemas que conducen de manera abrupta a distintos tipos de responsabilidades para las que no están preparados emocional ni socialmente, lo que conlleva a efectos desfavorables para sus propias vidas y la de sus hijos (Issler, 2001; Secretaría de

Educación Pública, 2012). Por otra parte, el embarazo en la adolescencia trae serias consecuencias para la salud y la vida de la madre y su hijo. En México, las complicaciones en el embarazo, parto y posparto y la práctica de abortos clandestinos, compiten con el cáncer como la tercera causa de muerte de las adolescentes (Fernández Varela, 2011).

Género y conducta sexual de riesgo. Distintos estudios señalan que la conducta sexual de riesgo es más frecuente en los varones que en las mujeres (Forcada Mier et al., 2013; Hernández Zamora & Cruz Juárez, 2008; Pulido Rull et al., 2011; Robles Montijo et al., 2006; Trepka et al., 2008). Si bien los jóvenes tienen conocimiento sobre diversos temas de sexualidad y sus riesgos, las conductas que asumen no corresponde a la información adquirida (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006). En relación a la percepción de riesgo, existen diferencias de género. Los varones perciben menor riesgo que las mujeres al tener actividad sexual sin protección (Navarro-Pertusa, Barberá Heredia, & Reig Ferrer, 2003; Sánchez García & Muñoz Silva, 2005).

Edad de las primeras relaciones sexuales. La edad de inicio de las relaciones sexuales es variable (Pérez-Villegas, et al., 2012). En distintos estudios se ha reportado que los varones comienzan sus relaciones sexuales a edad más temprana que las mujeres (López Rosales & Moral de la Rubia, 2001; Pérez-Villegas et al., 2012; Robles Montijo et al., 2006; Štulhofer et al., 2011). Sin embargo, los patrones de conducta sexual parecen estar cambiando. Se observa una disminución en la edad de inicio de la actividad sexual, siendo más evidente en las mujeres, lo que parece llevar a una reducción de las diferencias de género (Kalina et al., 2009). De esta manera, se ha encontrado en jóvenes chilenos que el inicio de la primera relación sexual en los varones ocurrió a una edad promedio de 15.1, mientras que en las mujeres ocurrió a los 15.3 años (Pérez-Villegas et al., 2012). Este último dato coincide con el estudio de Palacios Delgado y Andrade Palos (2007), donde se reporta que en promedio los jóvenes iniciaron su actividad sexual a los 15.3 años edad.

En otro estudio con adolescentes mexicanos se reportó que la edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de 13.6 años para los varones, mientras que para la mujer fue de 15.3 años (López Rosales & Moral de la Rubia, 2001).

El inicio de las relaciones sexuales a edad temprana es una conducta sexual de riesgo (García Reza, 2001) que puede tener como consecuencias embarazos no deseados y abortos (Díaz-Cárdenas et al., 2014). Además, la edad incrementa el riesgo de contraer ETS, puesto que al aumentar la edad aumenta la probabilidad de que el individuo tenga un mayor número de parejas sexuales (García Reza, 2001). Por otra parte, el inicio sexual a edades tempranas es un predictor de futuros problemas ginecológicos (Kalina et al., 2009). En estudiantes chinos se encontró que los varones que iniciaron su vida sexual a una edad temprana presentaron de manera significativa un perfil de alto riesgo que incluye: alta proporción de parejas no regulares (por ejemplo, parejas casuales o comerciales), múltiples parejas, diagnósticos de ETS, embarazo en la pareja, aborto inducido en la pareja y menor uso de condón y anticonceptivos orales. El análisis multivariado confirmó el incremento de la probabilidad de estos riesgos en quienes iniciaron su vida sexual a edad temprana respecto a aquellos que iniciaron a una edad más tardía (Ma et al., 2009).

3.6. Estudiantes universitarios y conducta sexual de riesgo.

Estudios como el de Trieu et al. (2011), identifican altas tasas de conducta sexual de riesgo en jóvenes estudiantes. Algunas de las conductas de riesgo identificadas son las siguientes:

3.6.1. Actividad sexual sin uso de preservativo. Los estudiantes universitarios constituyen una población de alto riesgo para contraer ETS, puesto que diversos estudios nacionales como internacionales señalan una alta prevalencia de actividad sexual sin uso de condón en este tipo de población (Kalina et al., 2009; Pulido Rull et al., 2011; Pulido

Rull et al., 2013). Se han reportado diferencias de género en relación al uso del preservativo. En un estudio realizado con estudiantes universitarios croatas, se reportó que en mayoría las mujeres usaron métodos profilácticos y de control de la natalidad en su primera y última relación sexual respecto a los varones (Štulhofer et al., 2011). Otro estudio reportó que la actividad sexual sin protección, se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los varones (Pérez-Villegas et al., 2012).

3.6.2. Actividad sexual y consumo de sustancias psicoactivas. Distintos estudios empíricos han señalado la relación entre conducta sexual de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas (Hernández Zamora & Cruz Juárez, 2008). En el estudio de Kalina et al. (2009), se reportó que el uso de alcohol es el predictor más consistente de las conductas sexuales de riesgo. El uso de marihuana, cocaína y otras drogas ilícitas se ha asociado con un incremento en las tasas de las relaciones sexuales en general, múltiples parejas sexuales y bajas tasas de uso de condón (Lowry et al., 1994 citado en Kalina et al., 2009, p. 2). Por otro lado, Forcada Mier et al. (2013) encontraron que el 65% de los jóvenes que participaron en su estudio reportó haber tenido actividad sexual intoxicado por el alcohol u otras drogas. En otro estudio realizado con estudiantes mexicanos de universidades privadas, se reportó que de manera frecuente, su actividad sexual se da bajo la influencia del alcohol o las drogas (Pulido Rull et al., 2013).

Además, el consumo de sustancias psicoactivas se ha asociado a un inicio de actividad sexual a edad temprana. En el estudio de Pérez-Villegas et al. (2012), se reportó que el consumo de alcohol aumenta hasta siete veces el riesgo de iniciar a edad temprana la actividad sexual. Kalina et al. (2009) encontraron que las mujeres y los varones que bebieron alcohol, al menos una vez en el mes, o que iniciaron su vida sexual antes de los 16 años de edad presentaron mayor probabilidad de participar en conductas sexuales de riesgo.

3.6.3. Número de parejas sexuales. Este dato es importante en virtud de que a mayor número de parejas sexuales, aumenta la posibilidad de contraer ETS (Espada Sánchez, Quiles Sebastián, & Méndez Carillo, 2003). Algunos estudios manifiestan que los varones tienen mayor número de parejas sexuales que las mujeres (López Rosales & Moral de la Rubia, 2001; Štulhofer et al., 2011). Un estudio llevado a cabo con adolescentes mexicanos reportó que a una edad de 18 años, los hombres han tenido tres parejas sexuales distintas mientras que las mujeres reportaron dos (López Rosales & Moral de la Rubia, 2001). Mujeres fumadoras que experimentaron su primera experiencia sexual antes de los 16 años de edad presentaron una alta probabilidad de haber tenido más de tres parejas sexuales (Kalina et al., 2009). En un estudio realizado con mujeres estudiantes estadounidenses se encontró una asociación positiva y significativa entre el nivel académico y el número de parejas sexuales (Trieu et al., 2011).

3.7. Consumo de drogas o sustancias psicoactivas

En el ámbito médico el término droga se refiere a aquellas sustancias que sirven para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental. En el campo farmacológico es toda sustancia química que modifica la actividad fisiológica y bioquímica del organismo (OMS, 2008, originalmente publicado en 1994).

Para la OMS (1994), la sustancia psicoactiva o psicotrópica también conocida como droga es aquella sustancia (legal o ilegal) que al ser ingerida, afecta los procesos mentales como la percepción, la cognición, la afectividad, etcétera y cuyo consumo excesivo y prolongado genera tolerancia y dependencia. Se ha demostrado que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias también son drogas puesto que son utilizadas por sus efectos psicoactivos.

Existen varias maneras de clasificar el consumo de sustancias psicoactivas. La OMS (1994) las clasifica de la siguiente manera:

- Consumo abusivo: patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado.
- Consumo controlado: se caracteriza por su moderación, evita la intoxicación o el consumo de riesgo.
- Consumo de alcohol como evasión: es consumido con el fin de evadir una situación o estado de ánimo desagradable.
- Consumo de riesgo: supone un patrón de consumo frecuente que aumenta el riesgo de consecuencias desfavorables para la salud o problemas sociales.
- Consumo experimental: se refiere al contacto inicial con una o varias sustancias psicoactivas legales o ilegales, después del primer contacto con la droga puede abandonarse el consumo de la misma o continuar con el consumo de una manera extremadamente infrecuente o inconstante.
- Consumo inveterado: se trata de un consumo frecuente de grandes cantidades de bebidas alcohólicas para mantener una fuerte concentración de alcohol en la sangre.
- Consumo moderado: se refiere a un consumo que es contrario al consumo abusivo. Este tipo de consumo incluye cantidades moderadas de sustancias que no causan problemas. La expresión suele compararse al “consumo de bajo riesgo”.
- Consumo perjudicial: es identificado por consumir una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud física y/o mental que puede provocar consecuencias sociales adversas.
- Consumo problemático: es el patrón de consumo de alcohol que genera problemas de carácter individual o colectivo. Se usa este concepto para no hacer alusión al concepto de alcoholismo como enfermedad.

- Consumo social: patrón de consumo de alcohol que se lleva a cabo en compañía de otras personas y su consumo obedece a formas socialmente aceptables. Cabe señalar que el consumo social no es necesariamente moderado; por ejemplo, en algunos eventos aprobados socialmente se consume alcohol hasta intoxicarse.
- Dependencia: se caracteriza por una irresistible necesidad de consumir la sustancia psicoactiva. Existe un sentimiento de pérdida de autocontrol y la tensión interna se acentúa. El sujeto necesita la sustancia para prevenir los efectos físicos y psíquicos que son generados por el síndrome de abstinencia. Su vida gira en torno a la adquisición y el consumo de la droga a pesar de la gran variedad de problemas que le pueda ocasionar.
- Policonsumo: se refiere al consumo de más de una sustancia psicoactiva por una persona, ya sea de manera simultánea o alternada, con el propósito de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga (OMS, 1994/2008). El policonsumo es bastante común, aumenta los riesgos y pone en peligro la salud, dificultando la metabolización de las sustancias en el organismo, al mismo tiempo, nuevas sustancias son creadas al combinar dos o más drogas (González, 2013).

3.8. Clasificación de las drogas o sustancias psicoactivas

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) se señala que los problemas de salud mental relacionados a las sustancias abarcan diez tipos diferentes de drogas entre las que se encuentran: “alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (tipo anfetaminas, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (desconocidas)” (p. 481, traducción propia).

Según el Informe Mundial sobre Consumo de Drogas (2013) presentado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés United Nations Office on Drugs and Crime), el número de nuevas sustancias psicotrópicas presentó un aumento de más del 50%. En la actualidad, la multiplicación de nuevas sustancias psicoactivas sigue planteando un problema, puesto que se registró un incremento de 251 en junio de 2012 a 348 en diciembre de 2013 (UNODC, 2014).

En el DSM-5 (APA, 2013) se señala que los diferentes tipos de drogas no son del todo distintos puesto que todas las drogas que se ingieren en exceso tienen en común la activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de la conducta y la producción de recuerdos. Al ser activado el sistema de recompensa por las drogas, se ignoran las actividades cotidianas.

Las drogas pueden ser clasificadas en función de sus efectos y acciones sobre el organismo. Se clasifican en tres principales grupos: depresoras, estimulantes y alucinógenas.

3.8.1. Depresoras. Las drogas depresoras se caracterizan por bajar el nivel de actividad de las funciones normales del cerebro. En pequeñas cantidades este tipo de drogas puede causar en el usuario relajación y desinhibición. En grandes cantidades puede provocar inconsciencia e incluso la muerte. Las drogas depresoras afectan la concentración y la coordinación. Hacen lentas las habilidades de la persona para reaccionar a situaciones inesperadas. Entre este tipo de drogas se encuentran el alcohol, los opiáceos, los hipnóticos y los sedantes (Drug Info, 2003; 2014).

3.8.2. Estimulantes. Los estimulantes son sustancias altamente adictivas que actúan activando el sistema nervioso central, aumentando el estado de alerta, el ánimo, la sensación de bienestar y energía. Otros efectos incluyen la reducción del apetito, dilatación de pupilas, locuacidad, agitación y alteraciones del sueño. Los efectos pueden

variar dependiendo de la droga. Los estimulantes pueden ser divididos en dos clases: los *estimulantes suaves*, por ejemplo, el café, el té, las bebidas de cola, la nicotina y la efedrina, y los *estimulantes fuertes*; entre las drogas más comunes de este tipo están las anfetaminas, la cocaína y el éxtasis (Drug Info, 2003; 2014).

3.8.3. Alucinógenas. Este tipo de drogas generan alucinaciones, alteran la percepción, las emociones y los procesos mentales. Los alucinógenos tienen un potencial moderado de adicción, alto potencial para la tolerancia, moderado nivel de dependencia psicológica y bajo potencial de dependencia física. La mayor parte de los riesgos asociados al uso de alucinógenos tienen que ver con las lesiones personales y accidentes mortales. Algunos ejemplos de alucinógenos son la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), fenciclidina (PCP), marihuana y mezcalina (Drug Info, 2003; 2014).

3.9. Vías de administración o de consumo

Existen diversas maneras de introducir la droga o sustancia psicoactiva al organismo, las cuales son por vía: oral; intravenosa, subcutánea o intramuscular; por inhalación, fumada o por absorción a través de la piel o la superficie de las mucosas, por ejemplo, las encías, el recto o los genitales (OMS, 1994/2008).

3.10. Fases de intoxicación etílica

Los efectos del alcohol sobre el organismo se presentan sucesivamente en las siguientes cinco fases: 1) Relajación, sociabilidad y desinhibición; 2) Conducta emocional y errática, problemas en el procesamiento del pensamiento y el juicio, dificultad para la coordinación motriz, trastornos visuales y del equilibrio; 3) Confusión mental, pérdida de equilibrio, visión doble, diversas reacciones del comportamiento (pánico, agresividad, llanto) y dificultades en el lenguaje; 4) Incapacidad para mantenerse en pie, vómitos, incontinencia urinaria y estupor con aproximación a la inconsciencia y

5) Inconsciencia, ausencia de reflejos y estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria (Secretaría de Salud, 2014).

3.11. Tolerancia

Es definida como la reducción de la respuesta del organismo a los efectos producidos por una dosis específica de una droga o un medicamento que se produce al consumirla de forma continua. Son necesarias dosis mayores de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos que se alcanzaban al principio con menores dosis (OMS, 1994/2008).

3.12. Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de alcohol y otras drogas es un fenómeno multifactorial (Rojas Valenciano, Lobo de Costa Junior, & Pereira Vasters, 2010) en el que influyen factores biogénéticos, educacionales, cognitivos, académicos, psicológicos, sociales, culturales y comunitarios que estimulan el incremento de la frecuencia y cantidad de uso (Bențea, 2014). De forma específica, se ha identificado que los factores sociales pueden fungir como factores de riesgo o como factores de protección para el inicio del consumo de alcohol en los adolescentes (Windle & Windle, 2009 en Bențea, 2014, p. 187).

3.13. Interacción del alcohol con otras drogas

El alcohol es una sustancia psicoactiva que tiene el efecto de deprimir el sistema nervioso central. No obstante, cuando se mezcla con otras drogas, el alcohol puede producir reacciones adicionales, Marr (1999) señala que aumenta el efecto sedante de las drogas depresoras en el sistema nervioso central e inhibe el metabolismo de la droga al competir con la droga por las mismas enzimas. Esto prolonga que se mantenga la droga en el sistema, aumentando el riesgo de efectos secundarios perjudiciales y transformando algunas drogas en químicos tóxicos que dañan el hígado u otros órganos.

3.14. Trastornos relacionados con sustancias

El DSM-5 (APA, 2013) divide en dos grupos los trastornos relacionados con las sustancias: trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias.

3.14.1. Trastornos por consumo de sustancias. Los trastornos por consumo de sustancias ocurren en un rango de gravedad que va de leve a grave. El tipo de gravedad se basa en la cantidad de los síntomas. Por ejemplo, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5, un trastorno por consumo de sustancias *leve* es sugerido cuando la persona presenta de dos o tres síntomas, uno *moderado* por la presencia de cuatro o cinco síntomas y uno *severo* por seis o más síntomas. A través del tiempo, el cambio de la gravedad del trastorno se refleja en la reducción o aumento de la frecuencia y/o en la dosis de consumo de sustancias, según la propia evaluación de la persona, el informe de otras personas, observaciones clínicas y pruebas biológicas.

3.14.2. Trastornos inducidos por sustancias. Las afecciones que son inducidas por sustancias se clasifican en: *intoxicación*, *abstinencia* y *otros trastornos mentales* inducidos por sustancias o medicamentos.

Intoxicación aguda. La OMS (1994/2008) define a la intoxicación aguda como el conjunto de síntomas posterior al consumo de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones en la consciencia, la cognición, la percepción, el juicio, la afectividad o el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. La intoxicación se relaciona con las características y cantidades de la sustancia consumida e influye el grado de tolerancia y otros factores.

En los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), se señala que la intoxicación es la característica del desarrollo de un síndrome reversible posterior a la ingestión de la sustancia (Criterio A). Los cambios psicológicos o de la conducta, clínicamente significativos, se asocian con la intoxicación y se atribuyen a los efectos

fisiológicos de la sustancia en el sistema nervioso central y se desarrollan durante o poco después del consumo de la sustancia (Criterio B). Los síntomas no son atribuibles a otras afecciones médicas y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación de sustancias es común entre las personas que presentan trastorno por uso de sustancias, salvo en el caso del consumo de tabaco.

La intoxicación implica alteración de la percepción, la vigilia, la atención, el pensamiento, el juicio, la conducta psicomotora y el comportamiento interpersonal.

Síndrome de Abstinencia. La abstinencia es un síndrome caracterizado por un conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que surgen al suspender o reducir el consumo de una droga que ha sido consumida de forma constante durante un período largo de tiempo y/o en dosis altas (OMS, 1994/2008).

En el DSM-5 (APA, 2013), se especifica que la característica esencial de la abstinencia es el desarrollo de un cambio de conducta problemático determinado por la sustancia con comitentes fisiológicos y cognitivos que son debidos a la cesación o reducción de un uso prolongado y fuerte de sustancias (Criterio A). El síndrome específico a la sustancia causa distrés clínicamente significativo o problemas en áreas importantes de funcionamiento social, ocupacional o de otro tipo (Criterio C). Los síntomas no son debidos a otra condición médica y no son mejor explicados por otro trastorno mental (Criterio D). La abstinencia está usualmente, pero no siempre, asociada con un trastorno de uso de sustancia. La mayoría de los individuos con abstinencia tienen urgencia de volver a administrar la sustancia para reducir los síntomas.

3.15. Datos epidemiológicos del consumo de sustancias psicoactivas

3.15.1. Consumo de sustancias psicoactivas ilícitas. A nivel internacional el uso de drogas psicoactivas es un problema de salud pública (Kračmarová, Klusoňová, Petrelli, & Grappasonni, 2011). En el informe presentado por la UNODC en 2013, se señala que

el cannabis es la sustancia ilícita más consumida a nivel internacional; se registró un leve incremento en la prevalencia de consumidores. A éste le sigue el consumo de estimulantes del tipo de las anfetaminas que está presente en todo el mundo y al parecer está creciendo en todas las regiones; predominan en Asia Oriental y Sudoriental. Se especifica que el consumo de cocaína está disminuyendo en Europa y Estados Unidos (mayor mercado de cocaína en el mundo) mientras que se está incrementando en América del Sur y en las economías emergentes de Asia.

En el informe de la UNODC de 2014, se reporta que en Estados Unidos ha aumentado el consumo de cannabis puesto que los usuarios la perciben como una droga poco peligrosa. Se desconoce los efectos que surgirán de la legalización del consumo recreativo de cannabis en diferentes lugares del mundo.

En relación a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) se señala que en México el abuso de estas sustancias constituye un problema actual de salud pública en el que se ven afectados ambos géneros y se encuentran nuevos casos en niños y adolescentes y en distintos niveles socioeconómicos de cualquier región del país. Aunque México es uno de los países con menor consumo de drogas a nivel internacional, datos relativamente recientes indican un notable incremento en el consumo de drogas ilegales en ambos géneros, siendo los hombres quienes presentan un mayor consumo (Villatoro et al., 2012).

A nivel nacional como internacional, los estudios epidemiológicos muestran que los jóvenes están consumiendo sustancias que producen mayor daño (ENA, 2011) y el policonsumo es actualmente un grave problema de salud pública (UNODC, 2013). En el estudio realizado por Palacios Delgado y Andrade Palos (2007), se reporta que de la muestra estudiada una gran cantidad de adolescentes mexicanos (77.4%) no consumen drogas. Sin embargo, quienes las consumen, manifestaron consumir de dos hasta siete drogas de las ocho contempladas en el estudio.

3.15.2. Consumo de alcohol. La OMS (por sus siglas en inglés, WHO, 2014), a través del informe Global Status Report on Alcohol and Health, señala que el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo en el mundo. No obstante, existen lugares en distintos países donde la mayoría de las personas, especialmente las mujeres, son abstemios. Los datos más recientes de la OMS muestran que a nivel mundial, las personas con edades mayores a 15 años beben en promedio 6.2 litros de alcohol puro por año. Sin embargo, existe una gran variación en el consumo total de alcohol en todas las regiones y Estados miembros de la OMS. Los más altos niveles de consumo se encuentran en la Región Europea y en la Región de las Américas. Los niveles intermedios de consumo se encuentran en la Región del Pacífico Occidental y la Región de África. Mientras que los consumos más bajos se encuentran en la Región de Asia Sudoriental y sobretodo en la Región del Mediterráneo Oriental.

En el caso particular de México, el consumo de alcohol es socialmente aceptado y se registra una gran cantidad de adictos (Secretaría de Salud, 2014). Sin embargo, la ENA (2011) señala que existen variaciones regionales importantes en relación a su consumo y problemas asociados.

La ENA (2011) muestra en los resultados nacionales sobre consumo de alcohol para la población total, un crecimiento significativo del 2002 al 2011 en cada una de las prevalencias (alguna vez en la vida, último año y último mes). Al analizar los datos por sexo, se reporta la misma tendencia. De igual forma, la misma dirección se observa en la población adolescente de 12 a 17 años de edad.

En las Américas, la bebida de mayor preferencia para su consumo es la cerveza (WHO, 2014). De igual manera, en México es la bebida que más se consume por más de la mitad de los varones y una tercera parte de las mujeres (ENA, 2011).

3.15.3. Prevalencia de consumo según el género. Diferentes estudios reportan que el consumo de drogas ilícitas es más frecuente en los hombres que en las mujeres (Nazni Sani, 2010; Okulicz-Kozaryn, 2010; Ruiz González & Caballero Ortiz, 2013; Tilahun & Ayele, 2013; Vélez van Meerbeke & Roa González, 2005). En otros estudios se ha reportado que la frecuencia de consumo de drogas es igual para ambos géneros (Malbergier, Donola Cardoso, Abrantes do Amaral, & Vitor Santos, 2012; Kračmarová et al., 2011).

En lo que se refiere al consumo de alcohol distintos estudios señalan que la mayor prevalencia del consumo de alcohol también se presenta en los varones (Corona & Peralta, 2011; Kračmarová et al., 2011; Orbegoso Delgado, 2013.; Tilahun & Ayele, 2013). Incluso se ha reportado que ser hombre aumenta tres veces el riesgo de consumo de alcohol en comparación a ser mujer (Restrepo Molina, Agudelo Martínez, Giraldo Torres, & Sánchez Diosa, 2011). El DSM-5 (APA, 2013) señala que históricamente, en distintas sociedades occidentales, la aceptación del consumo de alcohol ha sido tolerada en el género masculino, pero en los últimos años, las diferencias de género son mucho menos prominentes, sobre todo en la adolescencia y en la adultez. Sanabria León (2009) señala que en Costa Rica el índice de consumo de alcohol en las mujeres tiende a incrementarse de manera acelerada y a igualarse con el de los varones. Mientras que en un estudio realizado con adolescentes brasileños se reportó que la frecuencia de consumo de alcohol fue igual para ambos géneros (Malbergier et al., 2012).

3.15.4. Prevalencia según la edad. Se ha reportado que el uso de sustancias psicoactivas comienza antes de los 15 años (Orbegoso Delgado, 2013). Cuando se inicia a edad temprana el consumo de cualquier sustancia psicoactiva, es mayor la probabilidad de aumentar la cantidad de consumo o experimentar con otra variedad de sustancias (Hidalgo Vicario & Redondo Romero, 2007).

De la misma manera, distintos estudios han indicado que en la mayoría de los casos, la edad de inicio de consumo de alcohol ocurre antes de los 15 años (Benţea, 2014; Kračmarová et al., 2011; Palacios Delgado & Andrade Palos, 2007; Salazar Torres, Varela Arévalo, Tovar Cuevas, & Cáceres Rodríguez, 2006; Sanabria León, 2009). El inicio temprano de consumo de alcohol (antes de los 14 años de edad) es un predictor de alteración de la salud, ya que se asocia con un mayor riesgo para la dependencia de alcohol y el abuso a edades más tardías (Grant & Dawson, 1997; Grant, 1998; Dewit et al., 2000; Kraus et al., 2000; Sartor et al., 2007 citados en WHO, 2014, p. 7-8). Por otro lado, existe evidencia empírica que señala que quienes inician a edad temprana en el abuso del alcohol tienen una expectativa de vida 5 o 10 años menos que los que no manifiestan este tipo de conducta (Secretaría de Salud, 2014).

3.16. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios

Distintos estudios nacionales e internacionales coinciden en que la droga psicoactiva ilegal más consumida por los estudiantes universitarios es la marihuana (Alcántara Eguren, Cuétara Priede, Pérez Saleme, & Pulido Rull, 2011; Linage-Rivadeneyra & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012; Varela Arévalo, Salazar Torres, Cáceres de Rodríguez, & Tovar Cuevas, 2007). En un estudio llevado a cabo con estudiantes de universidades privadas de México se reportó que la droga de mayor consumo es la marihuana, le siguen los antidepresivos, el hachís y los tranquilizantes (Alcántara Eguren et al., 2011). En Cuba, el consumo de drogas ilegales por parte de estudiantes de medicina es muy inferior a la media internacional. Sin embargo, entre quienes consumen drogas, la mayor prevalencia de consumo fue para los medicamentos no recetados, la marihuana y la cocaína (Ruiz González & Caballero Ortiz, 2013).

Un estudio llevado a cabo en España con estudiantes universitarias consumidoras de sustancias psicoactivas, reportó que quienes presentan un perfil de riesgo consumen

dos o más sustancias y es mayor la frecuencia de su consumo (Carballo, García Sánchez, Jáuregui Andújar, & Sáenz Moya, 2009).

3.16.1. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios. A nivel internacional se ha sugerido que los estudiantes de educación superior son un grupo que tiene mayor riesgo para desarrollar problemas por consumo de alcohol (Benţea, 2014; Díaz Martínez et al., 2008). “Diversos reportes han documentado tasas elevadas de problemas de consumo de bebidas embriagantes en los campus universitarios de los Estados Unidos, Canadá, la Comunidad Europea, Australia, Nueva Zelanda, Brasil y Ecuador” (Díaz Martínez et al., 2008, p. 273). El consumo de alcohol cobra importancia en la población universitaria, puesto que los jóvenes tienen mayor acceso a éste tipo de sustancias lo que genera que haya un aumento en la cantidad de bebidas consumidas así como en el grado alcohólico (Rojas Valenciano et al., 2010). Además, algunos universitarios se presentan a la universidad después de haber consumido sustancias psicoactivas (Duarte Alarcón, Varela Arévalo, Salazar Torres, Lema Soto, & Tamayo Cardona, 2012).

Estudios realizados en América Latina sobre consumo de alcohol y/o drogas muestran que el alcohol es la sustancia más consumida entre los estudiantes universitarios (Duarte Alarcón et al., 2012; Gantiva Díaz, Bello Arévalo, Vanegas Angarita, & Sastoque Ruiz, 2010; Rojas Valenciano et al., 2010; Salazar Torres et al., 2006).

En México el alcohol es la sustancia que con mayor frecuencia consumen los jóvenes, en especial aquellos que tienen edad universitaria (Díaz Martínez et al., 2008). Esto se confirma con otro estudio que muestra que el consumo de alcohol se presenta en jóvenes con edades que oscilan entre 18 y 25 años (Salazar Torres et al., 2006).

En un estudio llevado a cabo con estudiantes de tres universidades privadas mexicanas, se reportó que casi todos los participantes han consumido alcohol en algún momento de su vida (Alcántara Eguren et al., 2011). Otro estudio muestra que estudiantes

de medicina presentan altos niveles de consumo de alcohol, llegando en algunos casos al consumo severo (Bermúdez Quintero et al., 2006). Por su parte, Restrepo Molina et al. (2011) señalan que la mayoría de los estudiantes universitarios colombianos que participaron en el estudio presentaron un consumo de alcohol de bajo riesgo, principalmente las mujeres.

De acuerdo con las observaciones que se han venido realizando es importante resaltar que los estudiantes no tienen un conocimiento preciso de las situaciones de riesgo a las que están expuestos ni de las posibles consecuencias futuras (Rojas Valenciano et al., 2010).

3.16.2. Conductas de riesgo y recursos psicológicos. De acuerdo a la OMS (2016), los recursos psicológicos individuales tales como las habilidades innatas y/o las competencias adquiridas, así como distintos factores sociales como el apoyo social influyen en las conductas de salud del individuo. A continuación se exponen algunas evidencias empíricas de distintos recursos psicológicos y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Autocontrol. El déficit en las habilidades de autocontrol actúa como factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en los consumidores actuales, en quienes las han consumido y en quienes nunca las han consumido (Varela Arévalo et al., 2007). En otro estudio, se reportó asociación entre bajo autocontrol y consumo de alcohol, según los autores, el consumo de alcohol se da a partir de una conducta impulsiva dirigida a consecuencias inmediatas (Gantiva Díaz et al., 2010). Por su parte, Pilatti, Fernández Viola, García y Pautassi (2017), evaluaron el efecto recíproco de la impulsividad y el consumo de alcohol; los datos encontrados muestran que niveles altos de impulsividad se asociaron con un aumento en el consumo de alcohol y viceversa.

Optimismo. Los hallazgos encontrados en el estudio de Fernández Hernández (2015) indican que las personas que presentan un optimismo excesivo o irreal tienden a presentar conductas de riesgo. Por lo que la autora concluye que ser demasiado optimista puede ser contraproducente, puesto que subestiman las situaciones o conductas de riesgo. Por el contrario, en otro estudio se encontró que el optimismo hacia el futuro (optimismo ilusorio) hace que las personas presenten mayores niveles de satisfacción con la vida y de afectividad positiva y menor frecuencia de conductas de riesgo (Concha, Bilbao, Gallardo, Paez, & Fresno, 2012).

Habilidades sociales. Las habilidades sociales actúan como importantes factores de protección ante el consumo de sustancias psicoactivas (López Larrosa & Rodríguez-Arias Palomo, 2010; Cardozo et al., 2012) mientras que su déficit es un factor de riesgo para la aparición de su consumo (Cardozo et al., 2012)

Apoyo social. El apoyo que brindan los padres a sus hijos sirve como factor protector del consumo de sustancias psicoactivas (Linage-Rivadeneyra & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012). Además, la estructura familiar parece jugar un rol significativo en el consumo de drogas y puede actuar como un factor protector (Flewelling & Bauman en Vargas & Trujillo, 2012, p. 126). Sin embargo, los padres y hermanos también pueden influir de manera importante en el inicio y desarrollo de consumo de alcohol en el adolescente (Bențea, 2014). Las prácticas de socialización familiar y los modelos parentales, tales como el uso de alcohol por parte de los padres, actitudes parentales positivas y tolerantes hacia el consumo de alcohol, transmiten valores y creencias acerca de su consumo, lo que puede influenciar al adolescente a consumir bebidas alcohólicas. De igual manera, el consumo de alcohol por parte de los hermanos y las hermanas puede influir en el consumo de alcohol del adolescente (Windle, 2000 en Bențea, 2014, p. 187).

Según el género, estudiantes universitarias tienden a evitar el consumo drogas cuando los miembros de su familia no consumen éste tipo de sustancias (Vargas & Trujillo, 2012).

Colder y Chassin (1999) señalan que “los problemas con el alcohol están asociados a la desintegración familiar y a un escaso apoyo psicológico” (como se cita en Bențea, 2014, p. 187). Por ejemplo, el clima familiar hostil es el predictor más importante para el uso de sustancia entre los adolescentes polacos (Okulicz-Kozaryn, 2010). Mientras que en el estudio realizado por Vargas y Trujillo (2012) con estudiantes universitarias, se reportó que las jóvenes que viven con ambos padres tienden a no consumir drogas. De igual manera, las muestras de cariño que brinda el padre y el apoyo de la madre se relacionan de manera negativa con el consumo de alcohol en estudiantes iraníes (Miri et al., 2011).

El grupo de amigos influye en el inicio y frecuencia de consumo de drogas (Nazni Sani, 2010; Sanabria León, 2009). Convivir con amigos consumidores de alcohol o de otras sustancias psicoactivas estimula su consumo en el adolescente (Bențea, 2014; Okulicz-Kozaryn, 2010). Vargas y Trujillo (2012) han reportado que los jóvenes que cuentan con amigos consumidores de drogas ilícitas tienen 7 veces más riesgo de consumir cannabis que aquellos que no tienen este tipo de amigos. Por el contrario, cuando los amigos no son consumidores de drogas, los jóvenes tienden a evitar su consumo.

Altruismo. De acuerdo a Martínez González, Inglés Saura, Piquieras Rodríguez y Oblitas Guadalupe (2010) la conducta prosocial actúa como factor de protección ante situaciones de riesgo físico previniendo las conductas de riesgo para la salud. Por otro lado, Velasco Fernández (2009) señala que una familia que se caracterizan por ser altruista previene el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes.

Cardozo et al. (2012) hicieron un estudio con tres grupos de estudiantes argentinos: el primer grupo quedó conformado por jóvenes que no consumen tabaco ni alcohol, el segundo incluía consumidores de tabaco o alcohol y el tercero estaba compuesto por consumidores tanto de tabaco como de alcohol. El objetivo del estudio fue evaluar si las habilidades sociales (empatía, altruismo, asertividad) y la edad son factores discriminantes que permiten predecir el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, no fue posible pronosticar a través del análisis discriminante, si los adolescentes consumirán o no alcohol y/o tabaco. Por otro lado, los resultados indicaron que la edad y la agresividad ejercieron influencia para el consumo de alcohol y/o tabaco.

3.17. Modelos teóricos

Una gran cantidad de teorías han intentado explicar las conductas de riesgo para la salud. Así entre las teorías más aceptadas destacan: la Teoría para la Conducta de Riesgo (Jessor, 1991), la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura 1977); la Teoría de la Acción Razonada (Azjen & Fishbein, 1980); la Teoría del Cluster de Iguales (Oetting & Beauvais, 1987), el Modelo de Creencias en Salud (Becker, 1974), el Modelo de Influencia Social (Hansen, 1988), entre otras.

Para tratar de explicar las conductas de riesgo, el presente estudio se enfoca en la Teoría para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes (Jessor, 1991). Por otro lado, al considerar que el presente estudio se basa en el modelo salutogénico, se parte también de un enfoque que integra a los factores de protección y al desarrollo juvenil positivo (Guerra & Bradshaw, 2008).

3.17.1. Teoría para la Conducta de Riesgo (Jessor, 1991). La Teoría para la Conducta de Riesgo de Jessor (1991) es el resultado de las subsecuentes revisiones y mejoramiento de la Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor (1977, como se cita en Jessor, 1991).

El modelo teórico para la conducta de riesgo parte de la interacción entre el sujeto y el contexto. Hace énfasis en indicadores sociales como origen de las conductas de riesgo. Desde ésta perspectiva cinco grupos de factores de riesgo y protección determinan las conductas de riesgo (biológicos/genéticos, contexto social, contexto percibido, personalidad y conducta). La conducta de riesgo es vista como aquella que se desvía de las normas sociales y que suscita reacciones de control social más o menos marcados desde la simple desaprobación de medidas privativas de libertad.

3.17.2. Teoría del Desarrollo Juvenil Positivo. Los trabajos de Guerra y Bradshaw (2008) se basan en el desarrollo de un modelo de intervención que combina una perspectiva positiva del desarrollo de los jóvenes respecto a la prevención de los riesgos. Las autoras articulan una serie de habilidades sociales y emocionales que definen lo que significa *ser joven y sano* y examinan cómo estas habilidades están relacionadas al desarrollo positivo de los jóvenes, así como a la prevención de ciertas conductas de riesgo (consumo de sustancias psicoactivas, conducta sexual de riesgo, violencia, deserción escolar, etc.).

Guerra y Bradshaw (2008) identifican cinco habilidades sociales y emocionales que permiten el desarrollo positivo de los jóvenes y la prevención de problemas:

- 1) Autoconcepto positivo: está constituido por tres componentes del yo: conciencia de sí mismo, agencia (*agency*) y autoestima. Durante el desarrollo estos componentes surgen a edad temprana y ejercen influencia durante la adolescencia y en la transición a la edad adulta.

- 2) Autocontrol: lo definen como la capacidad de regular y manejar el afecto y el comportamiento de una manera controlada y no automática conforme a las demandas situacionales o normativas.

3) Habilidades para la toma de decisiones: hace referencia al incremento que ocurre durante la adolescencia en relación a la capacidad de tomar decisiones efectivas a la par que se da el desarrollo de razonamientos abstractos más sofisticados y la creciente capacidad de pensamiento probabilístico.

4) Sistema moral de creencias: en el transcurso del tiempo, el niño va construyendo su moral a través de las experiencias sociales y el desarrollo de habilidades cognitivas que aumentan con la edad.

5) Interacción social positiva (prosocial): se refiere a que la interacción social implica a la vez sentirse cuidado y cuidar del entorno social.

Además las autoras subrayan el papel y la influencia que ejercen ambientes tan distintos como la escuela, la familia, la comunidad y más recientemente, el mundo social virtual en línea en la vida de los jóvenes y en el desarrollo de sus habilidades.

3.18. A modo de conclusión

El consumo de sustancias psicoactivas y la conducta sexual de riesgo son dos tipos de conductas consideradas como problemas de salud pública. Ambas conductas se manifiestan, sobre todo, durante la adolescencia y la juventud, y con mayor frecuencia se presentan en los varones. No obstante, distintos estudios indican que en ambas conductas, se está observando una reducción de las diferencias de género. Por otro lado, una gran cantidad de jóvenes ha tenido actividad sexual bajo el efecto del alcohol y/u otras drogas lo que incrementa el riesgo de exponer su salud y hasta su vida. Finalmente, distintos factores psicosociales actúan como de riesgo y/o protección ante este tipo de conductas. Sin embargo, son los factores sociales los que actúan en algunos casos como de protección y en otros como de riesgo. De acuerdo a Orbegoso Delgado (2013), la teoría basada en los riesgos además de mostrar debilidades se ha enfocado en una visión *negativa* de los

jóvenes. Por lo que es importante tomar en consideración aquellas características positivas de los jóvenes que contribuyen al desarrollo saludable.

Capítulo 4. Estrés

Las experiencias de la vida cotidiana constantemente confrontan a las personas a situaciones y eventos que suscitan diversos tipos de emociones desagradables o negativas como la ansiedad, el miedo, el coraje, la tristeza, la pena, entre otras. Algunas situaciones pueden ser valoradas por algunos individuos como intrascendentes o representar poca importancia; mientras que para otros, el mismo tipo de experiencias pueden ser valoradas como graves. Cuando el individuo percibe a las experiencias como graves o amenazantes para su integridad física y psicológica se puede decir que el individuo está pasando por una situación de estrés.

4.1. Definiciones de estrés

Existen diversos significados acerca del concepto estrés. No obstante, son tres las acepciones más aceptadas en la literatura científica: 1) el estrés como estímulo; e) el estrés como reacción o respuesta del organismo y 3) el estrés como proceso dinámico (Butler, 1993; Martín & Grau Abalo, 2007; Oros de Sapia & Neifert, 2006).

4.1.1. Estrés como estímulo. Este enfoque sugiere que el estrés es el resultado de la presión. Cuanto mayor es la presión es más probable que el destinatario sucumba, es decir, cuando el estímulo externo se vuelve demasiado grande o pesado inevitablemente ocurre un colapso interno. Esta definición se enfoca en las fuentes externas del estrés y en su naturaleza acumulativa (Butler, 1993).

4.1.2. Estrés como reacción o respuesta del organismo. Esta definición se centra en el estrés como una respuesta fisiológica ante los estímulos nocivos o aversivos (Butler, 1993).

4.1.3. Estrés como la interacción entre el individuo y su entorno. Desde este enfoque el estrés puede definirse como la interacción entre el individuo y una situación

que puede ser valorada como amenazante o peligrosa y que supera los propios recursos (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

4.2. Los factores del estrés

González de Rivera (1991) clasifica en tres grandes grupos los factores del estrés y puntualiza la forma en que cada uno participa ante la experiencia de estrés.

4.2.1. Factores externos. Son las variables del medio ambiente (estresores) que “son susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar el funcionamiento de los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo” (González de Rivera, 1991, p. 1). Algunos factores externos de estrés son los que se incluyen en la Escala de Clasificación del Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967), por ejemplo: muerte del cónyuge, divorcio, separación de la pareja, condena a prisión, muerte de algún pariente cercano, daño personal o enfermedad, embarazo, despido del empleo, cambio de horario o de condiciones laborales, etcétera.

4.2.2. Factores internos. Hace referencia a las variables de la propia persona que están “relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos del estrés” (González de Rivera, 1991, p. 1). Un ejemplo de este tipo lo constituye el índice de reactividad al estrés que González de Rivera (1991) lo define como “el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables” (como se cita en Monterrey, González de la Rivera, de las Cuevas, & Rodríguez-Pulido, 1991, p. 23).

4.2.3. Factores moduladores. Están conformados tanto por variables externas como internas a la propia persona, que no se relacionan de forma directa con la respuesta de estrés, pero que condicionan, modulan o modifican la interacción entre los factores externos e internos de estrés. Ejemplos de factores moduladores son los siguientes:

algunos estados afectivos, el apoyo social y capacidad de control (González de Rivera, 1991). Pereyra (2006) señala que también son factores moduladores las características de la personalidad, las creencias atribucionales y la resiliencia entre otros.

4.3. Eustress y Distress

4.3.1. Eustress. De acuerdo a Troch (1982), el concepto de *eustress* fue acuñado por Selye (1974) en su libro *Stress-Bewältigung und Lebensgewinn* donde señala que:

El stress es nuestro compañero inseparable mientras vivimos. A veces su apego nos pone nervioso. No obstante, a él debemos todo progreso personal y gracias a él logramos subir peldaños, cada vez más elevados, de desarrollo espiritual y corporal. Él es la raíz de nuestra vida. (como se cita en Troch, 1982, pp. 26-27).

Si bien Selye no es preciso en su terminología (Kupriyanov & Zhdanov, 2014), se entiende que “Selye llama al stress en este sentido *Eustress*”. (Troch, 1982, p. 27). Szabo, Tache y Somogyi (2012) señalan que Selye tardó casi cuatro décadas para reconocer que no todas las reacciones de estrés se presentan de la misma manera, puesto que en esto influye la percepción de la propia persona y su reacción emocional. Sin embargo, fue Levi (1971) “quien primero distinguió entre estrés ‘positivo’ y ‘negativo’” (citado en Szabo et al., 2012, p. 477). Enseguida, Selye introdujo los conceptos de *distress* y *eustress* para identificar estos dos tipos de estrés (Szabo et al., 2012).

De acuerdo a Kupriyanov y Zhdanov (2014), la investigación en el tema del eustress es poca debido en parte quizás, a la falta de criterios específicos que diferencien al eustress de otro tipo de estrés. Nótese que existe una variación significativa entre los investigadores sobre lo que entienden por eustress. Por ejemplo, algunos autores han definido al eustress como el estrés bueno que motiva a la persona para seguir trabajando (Brock University, 2010). Para González Carballido (2001) “el término ‘eustress’ se ha reservado para hacer referencia al stress positivo, caracterizado por sensaciones de

confianza, seguridad y optimismo” (p. 1). Desde un enfoque fisiológico, Nogareda (1994, citado en Pereyra, 2006) define al eustress como “el aumento de catecolaminas (hormona del sistema nervioso vegetativo) sin elevación significativa de los niveles de cortisol (hormona del eje hipófiso-suparrenal) (p. 223). Para Lazarus (1974, citado en Gibbons, Dempster, & Moutray, 2008), “el nivel óptimo de estrés o excitación es llamado eustress” (pp. 282-283). Mientras que Milsum (1985, citado en Kupriyanov & Zhdanov, 2014) “considera al eustress como una condición ideal para el buen funcionamiento del sistema homeostático” (p. 180).

4.3.2. Distress. Al igual que el concepto de eustress, también Selye introdujo el concepto de *distress* (Naudé, 2007; Szabo et al., 2012; Troch, 1982). Selye (1974) señala que “este es enemigo de todo el mundo. Puede golpearnos de manera despiadada y afectar no sólo a nuestro cuerpo, sino también al espíritu y dispone de muchos medios para torturarnos y aniquilarnos. Todos nosotros deberemos cuidarnos mucho de él” (como se cita en Troch, 1982, p. 27). Por lo que para Selye, el distress es un estrés desagradable (patógeno). Para Rothmann (2007) “el distress ocurre cuando la demanda puesta en el cuerpo excede su capacidad de energía” (como se cita en Naudé, 2007, p. 1). Mientras que para González Carballido (2001) el término “‘distress’ se reserva para la respuesta caracterizada por incertidumbre e inseguridad” (p. 1).

En la actualidad existen dos enfoques que consideran el concepto eustress y distress: El primero, está relacionado al trabajo de Selye sobre el Síndrome de Adaptación General (Kupriyanov & Zhdanov, 2014). Desde esta perspectiva, Grenet Cordovés y Martínez Perigod (1988) señalan que “cuando la respuesta se produce en la medida justa a las necesidades generadas por el estímulo o agresión, ocurre una adaptación fisiológica (eustress); en cambio si es insuficiente, errónea o excesiva, la respuesta se torna en anormal o patológica (distress)” (como se cita en Sancesario Pérez & Gómez Martínez,

2006, p. 1). El segundo enfoque, se ubica en el Modelo de Estrés de Lazarus donde se comprende que el eustress es una respuesta cognitiva positiva a un estresor (Kupriyanov & Zhdanov, 2014) y el distress es una reacción al estrés con sobresaltos emocionales (Pretzlik & Sylva, 1999).

4.4. Consecuencias del estrés

Existe evidencia científica que reporta que el estrés tiene consecuencias sobre la salud. En México las tres principales causas de muerte son la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, según datos reportados por el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA, 2014), siendo el estrés el factor de riesgo para este tipo de enfermedades (Buceta Fernández & Bueno Palomino, 2002). El estrés es un fenómeno complejo que involucra múltiples factores y procesos que están interrelacionados, sin embargo, el que la persona enferme no depende únicamente de los estímulos y presiones ambientales, sino que depende de todo el conjunto de variables intervinientes (Pereyra, 2006).

Las consecuencias o efectos del estrés se expresan de diferentes maneras e involucran distintas esferas de la persona. Cox (1978), clasificó los efectos del estrés en seis categorías (citado en Pérez Quintana, 2001, párr. 49):

- Efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, etc.
- Efectos conductuales: propensión a los accidentes, drogodependencia, excitabilidad, etc.
- Efectos cognitivos: bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, problemas de concentración, etc.
- Efectos fisiológicos: en los niveles de glucosa, en la presión sanguínea, etc.
- Efectos sobre la salud: asma, insomnio, desórdenes psicosomáticos, etc.

- Consecuencias en el ámbito organizacional: ausentismo, pobreza de las relaciones interpersonales, baja productividad, etc.

4.5. Modelos teóricos

4.5.1. Teoría de los Sucesos Vitales del Estrés. A diferencia del estrés como respuesta fisiológica desde ésta perspectiva se considera que los estímulos ambientales (factores externos) son generadores de estrés e inciden en la perturbación de las funciones del organismo (Martínez Díaz & Díaz Gómez, 2007).

Los principales exponentes del enfoque de los sucesos vitales o enfoque psicosocial de estrés son los psiquiatras Holmes y Rahe (1967) quienes estudiaron de manera exhaustiva distintos tipos de acontecimientos vitales que precedían a la enfermedad en pacientes hospitalizados. Holmes y Rahe concluyeron que tanto los eventos negativos (enviudar, perder el empleo, aumentar las discusiones, etc.) como los positivos (vacacionar, obtener un buen empleo, casarse, etc.) que se suscitan en la vida de una persona generan que ésta tenga que adaptarse a la nueva situación, por lo que se tiene que hacer un ajuste en la propia vida y éste cambio puede incrementar la probabilidad de aparición de estrés y por lo tanto, la posibilidad de enfermar en cierto tiempo (Pereyra, 2006; Taylor, 2007).

Holmes y Rahe desarrollaron un inventario de eventos estresantes con el objetivo de medir el estrés cuyo nombre es Escala de Reajuste Social (en inglés Social Readjustment Rating Scale). De manera específica, en la escala se incluyen distintas situaciones que obligan a la persona a realizar un mayor número de cambios en su vida, la magnitud de algunos eventos pueden ser precursores del inicio de una enfermedad, o en el caso de que la enfermedad esté establecida, puede empeorar su curso (Bruner et al., 1994).

4.5.2. Modelo Fisiológico del Estrés y el Síndrome General de Adaptación.

El principal exponente de la postura del estrés como reacción o respuesta del organismo fue el fisiólogo y médico Hans Selye (1907-1982), cuyos estudios sobre el estrés en el proceso de la enfermedad han influenciado la investigación biomédica (Castañón-Gómez, 1991).

Cuando Selye (1925) era estudiante de medicina de la Universidad de Praga observó que muchas personas que padecían de diversos tipos de enfermedades físicas compartían un grupo de síntomas particulares (Bértola, 2010, Castañón-Gómez, 1991). Se sentían y se veían con fatiga, presentaban disminución del apetito, pérdida de peso, astenia, disturbios intestinales, fiebre, cefaleas, entre otros (Bértola, 2010; Pereyra, 2006). Años más tarde, Selye denominó a la sintomatología compartida como síndrome de enfermedad (Castañón-Gómez, 1991) o síndrome de estar enfermo (Pereyra, 2006).

Sus observaciones adquirieron importancia cuando investigaba una nueva hormona sexual en ratas al inyectarles extracto de ovario. El análisis de sus resultados le permitió percatarse de que éstas “reaccionaban a la inoculación de estratos no purificados de tejidos con una hipertrofia de las suprarrenales, atrofia del timo y de las glándulas linfáticas y con el desarrollo de úlcera en la mucosa gástrica” (Castañón-Gómez, 1991, p. 133). Bértola (2010), señala que Selye creyó que había descubierto una nueva sustancia que producía efectos hasta entonces no conocidos. Impulsado en comprobar el origen ovárico de ésta nueva hormona, realizó nuevos experimentos que consistían en inyectar a las ratas extractos de distintos órganos y tejidos. Los hallazgos obtenidos fueron muy parecidos al primero. En los siguientes experimentos, les inyectó formalina y los resultados eran muy similares a los anteriores. Por lo que se dio cuenta que no estaba ante el descubrimiento de una nueva hormona. No obstante, recordó aquellas observaciones realizadas en pacientes mientras era estudiante de medicina lo cual hizo posible que

elaborara una nueva teoría, pero antes llevó a cabo nuevos experimentos que consistían en someter a las ratas a calor y frío intensos, las ejercitó de forma excesiva, les generó traumatismos y les administró diversas drogas. De nueva cuenta, volvió a comprobar los resultados anteriormente obtenidos.

Después de todas las observaciones y estudios realizados, Selye en 1936, presentó sus hallazgos en un artículo intitulado: *Un síndrome producido por diversos agentes nocivos* en el que concluía que el síndrome de enfermedad aparece independientemente de la naturaleza del estímulo nocivo, es decir, no sólo era provocado por las enfermedades sino también cuando el ambiente interno y externo del organismo era perturbado. Partiendo de estas observaciones señaló que si las circunstancias del ambiente cambian, el organismo debe adaptarse y para ello es necesario que disponga de distintos recursos (Bértola, 2010; Castañón-Gómez, 1991). Por lo que su nuevo paradigma (Bértola, 2010), trata de un modelo de respuesta fisiológica a la adaptación, mismo que conceptualiza como Síndrome General de Adaptación (SGA) (Bértola, 2010; Castañón-Gómez, 1991).

El Síndrome General de Adaptación (SGA) o síndrome de estrés se desarrolla en tres etapas sucesivas:

1) Fase de alarma (estrés agudo). Cuando el organismo percibe una situación generadora de estrés surgen en él distintas manifestaciones de tipo bioquímico-hormonal que ponen en estado de alerta al organismo en general (Castañón-Gómez, 1991). El estado de alerta prepara al organismo para enfrentar la situación estresante ya sea *luchando* o *huyendo* (Pereyra, 2006). Esta fase es de corta duración y sólo surge cuando el organismo tiene que hacer frente a situaciones extremas (Naranjo Pereira, 2009; Pereyra, 2006).

2) Fase de resistencia (estrés crónico). La fase de resistencia refleja la adaptación completa al agente estresante. Si el organismo logra sobrevivir a la primera etapa y el estímulo generador de estrés persiste a través del tiempo, ingresa en una nueva etapa de

adaptación o resistencia que se caracteriza por el equilibrio de la función de los órganos a niveles casi normales (Bértola, 2010). Esta segunda fase es más larga, su duración depende de la permanencia del agente estresor y de la capacidad del organismo para resistir. Cuando la capacidad de resistencia se reduce o se acaba, se da inicio a la fase de agotamiento (Pereyra, 2006).

3) Fase de agotamiento (enfermedad y muerte). Si el organismo no es capaz de mantener un nivel normal de resistencia o el estresor es demasiado abrumador, sobreviene la fase de agotamiento que debilita y quiebra al organismo cuando tiene que enfrentar un nuevo evento estresante (Taylor, 2007). Selye (1960, citado en Pereyra 2006), considera que después de una “prolongada exposición a cualquiera de los agentes nocivos, esta adaptación adquirida finalmente se perderá” (p. 216). La falta de resistencia o adaptación del organismo da origen a la enfermedad de adaptación (Castañón-Gómez, 1991) que puede ser caracterizada por el origen y mantenimiento de diversos trastornos de tipo fisiológico, psicológico y psicosociales.

Desde este enfoque se considera que el estrés surge en el interior de la persona por este motivo se presta atención a la respuesta orgánica (Martínez Díaz & Díaz Gómez, 2007).

4.5.3. Teoría de la Evaluación Cognitiva. Los enfoques mencionados anteriormente hacen énfasis en variables internas o externas del estrés y minimizan las de tipo psicológico, mientras que desde el enfoque de la evaluación cognitiva la persona juega un rol activo en el proceso generador de estrés (Pereyra, 2006). Esta acepción se basa en los trabajos de Lazarus y Folkman (1984/1991) quienes definen el concepto de estrés en función de las relaciones que se generan entre la persona y su contexto. Desde esta perspectiva la forma en que una persona perciba una situación como potencialmente

amenazante y la manera en que evalúe cognitivamente sus propios recursos para hacer frente a la situación va a ser determinante para el tipo de respuesta que se produzca, y en definitiva, para el grado de activación fisiológica, sensaciones subjetivas y estados afectivos que se generen. En síntesis una situación es estresante sólo si así lo considera la persona. Desde ésta acepción se concibe al estrés como todo el proceso y es a partir de éste enfoque que se partirá en el presente estudio para analizar la variable de estrés percibido.

Lazarus y Folkman (1984/1991) distinguen los siguientes tipos de evaluación psicológica (cognitiva):

Evaluación primaria. Es la evaluación de la situación aversiva. Ante una situación nueva o cambiante las personas efectúan un proceso de evaluación primaria, se preguntan cuál es la naturaleza y el significado de lo que está ocurriendo y el impacto que puede tener sobre su persona. Su forma de evaluar la situación depende de las cogniciones y emociones particulares. Los eventos pueden ser percibidos como positivos, neutros o negativos dependiendo de sus posibles consecuencias. Los eventos negativos son valorados en términos de la posibilidad del daño, amenaza o reto que impliquen.

Evaluación secundaria. Al mismo tiempo que se lleva a cabo la evaluación primaria de los eventos estresantes, se inicia la evaluación secundaria, aquí el sujeto se pregunta qué puede hacer para enfrentar la situación, evalúa los recursos disponibles y valora si éstos son suficientes para enfrentar el posible daño, amenaza o reto. Es de hacer notar que dependiendo de las valoraciones primarias y secundarias surge la experiencia subjetiva de estrés.

Reevaluación. La reevaluación implica un cambio efectuado en la evaluación previa a partir de la nueva información recibida del entorno y/o con base a la

retroalimentación generada durante la interacción de la persona. La reevaluación se debe a que las apreciaciones van cambiando a medida que se dispone de más información.

4.6. Estrategias de afrontamiento

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1984/1991) el afrontamiento tiene dos funciones principales: una está dirigida a modificar la situación problemática que da origen al estrés y la otra está dirigida a regular las respuestas emocionales que están relacionadas con el problema. En ocasiones los esfuerzos para dar solución al problema y la regulación emocional se interrelacionan.

4.6.1. El afrontamiento dirigido al problema. Lazarus y Folkman (1984/1991) refieren que el afrontamiento dirigido al problema involucra identificar el problema, buscar posibles soluciones y analizarlas de acuerdo al costo y beneficio, determinar y disponer de la posible solución al problema.

De acuerdo a Bruchon-Schweitzer (2001) el afrontamiento dirigido al problema tiene como objetivo reducir las exigencias de la situación y/o aumentar los propios recursos para afrontar mejor la situación. Por ejemplo, estudiar para un examen, consultar a un médico, etc.

4.6.2. El afrontamiento dirigido a la emoción. El afrontamiento dirigido a la emoción “involucra esfuerzos para regular emociones generadas por la situación estresante” (Taylor, 2007, p. 193). Lazarus y Folkman (1984/1991) señalan que se encuentran distintas formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Se ubican las que están dirigidas a los procesos cognitivos responsables de reducir la alteración emocional por ejemplo, “la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos” (p. 173).

De éste enfoque Bruchon-Schweitzer (2001) especifica que la regulación emocional puede hacerse a través de diferentes maneras: emocional, fisiológica, cognitiva y/o conductual. Expresa que existen numerosas respuestas que pertenecen a ésta categoría: consumir sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas), participar en diversas actividades distractoras (hacer ejercicio, leer, ver películas, etc); sentirse responsable (autoculpabilidad, autoreproche, autocastigo), expresar emociones (enojo, ansiedad, tristeza, etc.).

4.7. Recursos para afrontar el estrés

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1984/1991) los recursos son las características individuales que preceden e influyen para afrontar el estrés. (Ver H.3). Algunos de los principales recursos de afrontamiento son los siguientes:

4.7.1. Salud y energía. Una persona enferma y débil puede hacer frente a una situación sumamente estresora, sin embargo, es más fácil afrontar esa situación cuando se tiene salud y energía.

4.7.2. Creencias positivas. El tipo de creencias y su grado de generalización determinan si pueden ser consideradas como recursos. Algunas creencias (recursos psicológicos) que ayudan a afrontar el estrés son: la autoeficacia, la esperanza, el optimismo, creer en un Dios paternalista, etcétera. Entre las creencias que disminuyen o inhiben el afrontamiento se incluyen: el locus de control externo, las creencias negativas sobre la propia capacidad, el creer en un Dios castigador, etcétera.

4.7.3. Técnicas para la resolución del problema. Se trata de estrategias cognitivas que tienen como objetivo gestionar la solución de conflictos.

4.7.4. Habilidades sociales. Se refiere a la capacidad de comunicarse y relacionarse con otras personas de forma socialmente aceptada. Este tipo de habilidades hace más fácil la solución de un problema puesto que la persona afectada puede

coordinarse con otras personas las cuales pueden brindarle apoyo, ayuda, soporte, etcétera.

4.7.5. Apoyo social. Tener alguien en quien confiar, recibir apoyo emocional, informativo o material es un importante recurso para afrontar el estrés.

4.7.6. Recursos materiales. Los recursos económicos influyen de manera importante en el afrontamiento a las situaciones generadoras de estrés.

4.8. Algunos datos empíricos sobre el estrés en estudiantes universitarios

En cualquier situación y contexto donde se desarrolla el ser humano está presente el estrés. Existe evidencia empírica que muestra que los estudiantes universitarios presentan niveles constantes de estrés (Ortiz, Tafoya, Farfán, & Jaimes, 2013) y éste tiende a presentarse en niveles altos (Jacquett Toledo, Perdomo, & Velázquez, 2012). Un estudio realizado en estudiantes universitarios en el que se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (por sus siglas en inglés, GHQ-12), indicó que la proporción de mujeres que mostraron alto nivel de estrés fue de 73% y la de los varones fue de 62% (Abu-Ghazaleh, Rajab, & Sonbol, 2011).

Dentro del ámbito educativo surge el estrés escolar y el estrés académico. Barraza Macías (2005) denomina estrés escolar al que manifiestan los niños de educación básica y estrés académico al que padecen los estudiantes de educación media superior y superior.

Un estudio que aplicó el Cuestionario sobre Estrés Académico (CEA) a estudiantes universitarios venezolanos, reportó que los jóvenes percibieron niveles ligeramente elevados de estrés académico (Feldman et al., 2008). Mientras que otro estudio realizado en una muestra de estudiantes españoles a quienes se les aplicó el mismo instrumento, manifestaron bajos niveles de estrés (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro, & González, 2010).

Algunas de las fuentes de estrés académico que presentan niveles superiores son: la exposición de trabajos en clase, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas, la sobrecarga académica de los planes de estudios y la realización de exámenes (García-Ros, Pérez-González, Pérez-Blasco, & Natividad, 2012).

Los estudios sobre estrés en estudiantes universitarios también están relacionados a otras fuentes de estrés personal que influyen negativamente sobre el rendimiento académico y el aprendizaje, por ejemplo, la muerte de uno de los progenitores, la enfermedad de algún familiar, entre otros (Martínez Díaz & Díaz Gómez, 2007).

En relación a la percepción de estrés en estudiantes universitarios, los niveles más altos se asocian a un mayor índice de síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión (Kadzikowska-Wrzonek, 2012). Incluso, se ha reportado que a mayor estrés es menor la satisfacción con la vida en jóvenes universitarios (Cantú et al., 2010).

Es bien sabido que todo cambio produce estrés y uno de los cambios generadores de estrés es el acceso a una nueva institución académica como lo es la universidad. En el estudio de García-Ros et al. (2012) donde se evaluó el estrés académico en estudiantes de nuevo ingreso a la universidad, se destaca que el estrés académico es un fenómeno que se presenta en una amplia proporción (82%) en los estudiantes de nuevo ingreso.

En el transcurso del ciclo escolar, los factores causantes de estrés pueden aumentar o disminuir. En el estudio de Ortiz et al., (2013), se reportó que “conforme los estudiantes avanzaban en los ciclos académicos, el malestar aumentaba ante las siguientes fuentes de estrés: ‘proximidad de los exámenes departamentales’, ‘temor a obtener malas calificaciones’, y ‘no poder definir cuáles eran los conocimientos más relevantes’” (p. 33). Los puntajes de estrés relativos a *dudas vocacionales* arrojan niveles más altos para los estudiantes al inicio del primer año académico y muestran niveles más bajos para finales de dicho año académico (Ortiz et al., 2013). En el mismo estudio también se

reportó que la manera de afrontar el estrés cambia. Al comparar las estrategias de afrontamiento entre los estudiantes de primero y segundo año, se observó que el distanciamiento fue la estrategia más empleada por los alumnos de segundo año y el *apoyo social* por los alumnos de primer año. Por otro lado, los autores señalan que el tipo de afrontamiento no influyó sobre el rendimiento académico (Ortiz et al., 2013).

En relación al nivel de estrés en el estudio de Ortiz et al. (2013), se observa que éste permaneció sin cambios significativos para el primero y segundo año, tanto en la primera como segunda evaluación. No obstante, en el estudio realizado con estudiantes de odontología jordanos donde se empleó el instrumento General Health Questionnaire (GHQ-12), se reportó que el nivel de estrés se incrementó a través de los años; en el primer año, los estudiantes mostraron tener el más bajo nivel de estrés y los estudiantes de quinto año presentaron el nivel más alto de estrés. La diferencia entre los años mostró ser estadísticamente significativa (Abu-Ghazaleh et al., 2011).

González Ramírez y Landero Hernández (2008) sostienen que enfrentar nuevos cambios y las exigencias del ambiente universitario pueden llegar a desencadenar síntomas somáticos que afecten la calidad de vida del estudiante.

4.8.1. Género. Se ha documentado en distintos estudios que existen diferencias de género en relación a los niveles de estrés. Múltiples estudios reportan que las mujeres presentan niveles más altos de estrés en relación a los varones (Abu-Ghazaleh et al., 2011; Brougham, Zail, Mendoza, & Miller, 2009; Cantú et al., 2010; Eman, Dogar, Khalid, & Haider, 2012; Feldman et al., 2008; García-Ros et al., 2012; González Ramírez & Landero Hernández, 2008a; Oros de Sapia & Neifert, 2006). Por otro lado, son pocos los estudios que no encontraron diferencias en los puntajes de estrés según el género (Ortiz et al., 2013; Kadzikowska-Wrzosek, 2012).

4.8.2. Estrés y recursos psicológicos. Las personas responden de distintas maneras ante el estrés. Muchas aluden a sus recursos personales y sociales para resolver las situaciones causantes de estrés mientras que otras son incapaces de hacerlo (Taylor, 2007). Por lo tanto, el impacto de cualquier situación estresora depende de la valoración de los recursos que posee la propia persona para enfrentar determinada situación (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

Autocontrol. En el estudio de Bowlin y Baer (2012) se aplicaron medidas de auto-informe sobre mindfulness, autocontrol, bienestar psicológico y distress psicológico general (depresión, ansiedad y estrés) a estudiantes universitarios. Los resultados muestran que el mindfulness y el autocontrol correlacionaron positivamente con el bienestar y de manera negativa con el distress. Las autoras concluyen que el mindfulness fue un moderador importante entre el autocontrol y los síntomas psicológicos. Por su parte, Ghorbani, Watson, Farhadi y Chen (2014) reportaron que la autorregulación correlacionó negativamente con el estrés percibido.

Optimismo. En una muestra de estudiantes afroamericanos se examinó la relación entre el estrés y el optimismo, los resultados indicaron que los estudiantes con altos niveles de optimismo reportaron menor estrés percibido que sus contrapartes pesimistas (Baldwin, Chambliss, & Towler, 2003). De la misma manera, se encontró en mujeres con cáncer de mama una relación negativa y significativa entre el estrés percibido y el optimismo. También se ha observado en estudiantes de secundaria una relación negativa significativa entre el optimismo y el estrés académico percibido (Huan, Yeo, Ang, & Chong, 2006).

Habilidades sociales. Un estudio que evaluó el estrés infantil y las habilidades sociales en niños reportó una asociación moderada y significativa entre alto nivel de estrés

y habilidades sociales deficientes (Vega Valero, González Betanzos, Angiano Serrano, Nava Quiroz, & Soria Trujano, 2009).

Al-Ali, Singh y Smekal, (2011) realizaron un estudio que exploró las diferencias de género de las variables ansiedad social, habilidades sociales, agresión y estrés, así como la correlación entre cada una de estas variables en una muestra de estudiantes. Los resultados encontrados indican que existen diferencias de género para todas las variables, excepto para el caso de las habilidades sociales. En el caso de los varones no se encontró asociación entre las habilidades sociales y el estrés. En lo que respecta a las mujeres, las habilidades sociales correlacionaron de manera significativa pero negativa con el estrés.

Apoyo social. De acuerdo a Taylor (2007), el apoyo social es el recurso más importante para afrontar el estrés puesto que el apoyo social disminuye los efectos del estrés, contribuye a que las personas enfrenten las situaciones estresantes y reduce el riesgo de que el estrés genere problemas de salud. Un estudio que sustenta lo dicho reporta que “a mayor estrés académico y menor apoyo social percibido, mayor percepción de situaciones ansiógenas y mayor reporte de problemas de salud mental” (Feldman et al., 2008, p. 744). En el estudio citado, los autores concluyen que la salud mental se ve favorecida cuando existe mayor apoyo social y el estrés académico se presenta en menor nivel. Al mismo tiempo, se observó que el apoyo social y el estrés académico varían de acuerdo al género y a la fuente de apoyo. De esta manera, la intensidad del estrés en las mujeres está asociada a un menor apoyo social por parte de los amigos; mientras que en los varones, se relacionó a un menor apoyo social por parte de personas cercanas. Estos resultados hacen notar que ante la presencia de estrés, los recursos sociales como el apoyo social funcionan como factores protectores de la salud mental.

Concordando con los resultados del estudio de Feldman et al. (2008), las principales fuentes de apoyo valoradas por los estudiantes como más importantes son, en primer lugar, la familia, enseguida el apoyo social general y posteriormente los amigos.

Un buen ambiente familiar es un factor protector de estrés en estudiantes (Martínez Díaz & Díaz Gómez, 2007). De forma contraria, la disfunción familiar está asociada a síntomas de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios colombianos (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, & González Martínez, 2013). La falta de apoyo por parte de los amigos se asocia a síntomas de ansiedad en estudiantes de odontología (Arrieta Vergara et al., 2013).

Altruismo. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Ansell et al. (2015) muestra que las conductas pro activas hacia los demás tiene efectos positivos en la mitigación del estrés. Los resultados también muestran que un mayor número de comportamientos altruistas se asoció con niveles más altos de emociones positivas y una mejor salud mental en general.

4.8.3. Estrés y consumo de sustancias. Distintos estudios han señalado que ante situaciones de estrés académico, los jóvenes estudiantes tienden a consumir diferentes tipos de sustancias psicoactivas. Así, por ejemplo, en un estudio realizado con estudiantes de enfermería donde se evaluó el estrés académico y el consumo de alcohol, se reportó que todas las participantes en el estudio manifestaron diversos niveles de estrés y casi un tercio de la muestra señaló que ante situaciones generadoras de estrés tienden a fumar o beber alcohol (Phun & Dos Santos, 2010). Por su parte, Pulido Rull et al., (2011a) hicieron un estudio con una muestra aleatoria de una universidad privada y reportaron que el 51.58 % de los estudiantes consumen diferentes tipos de sustancias psicoactivas para paliar los efectos del estrés académico.

En el estudio efectuado por Carters y Byrne (2013) en una muestra de jóvenes, se reportó una asociación positiva y significativa entre el estrés y el consumo de tabaco.

4.8.4. Estrés y conductas sexuales de riesgo. Un estudio que tuvo como objetivo examinar el inicio sexual precoz en una muestra de 10,070 adolescentes (mayores a 15 años de edad) de ocho países africanos, identificó varias conductas sexuales de riesgo en la población estudiada. El análisis de regresión univariado reportó que uno de los factores asociados al inicio sexual temprano en las mujeres fue el distress (Peltzer, 2010).

4.8.5. Estrés y rendimiento académico. El nivel de estrés influye directamente sobre el rendimiento. Yerkes y Dodson (1908) mostraron que el máximo rendimiento se presenta asociado con cierto nivel de activación (estrés), el que no debe ser ni muy bajo ni demasiado alto, puesto que los niveles extremos se asocian a un bajo rendimiento. Estudios posteriores han hallado que los alumnos con mayor rendimiento académico presentan puntuaciones altas en ansiedad (García-Fernández, Martínez-Monteagudo, & Inglés, 2013), mayor estrés académico percibido (Feldman et al., 2008), así como estrés en general (Bermúdez Quintero et al., 2006). Sin embargo, cuando es excesivo el estrés y no se cuentan con los recursos apropiados para hacer frente a las situaciones estresantes o si el organismo está agotado por la exposición frecuente a estímulos estresores, puede traer como consecuencias problemas en el rendimiento y en la salud de las personas (Buceta Fernández & Bueno Palomino 2002). Al respecto, en el estudio de Solórzano Aparicio y Ramos Flores (2006) se reportó que el estrés y el bajo rendimiento académico en estudiantes de enfermería se asociaban a los siguientes síntomas: presencia de temblores, sensación de inseguridad, sentimiento de inutilidad, sentimiento de que la vida no tiene sentido, percepción negativa de sí mismo y conflictos interpersonales.

Por otro lado, se ha reportado que el rendimiento académico está asociado inversamente con el estrés, el que a su vez se relaciona con otras variables que pueden incidir en el rendimiento académico como la depresión, la función familiar y el consumo de alcohol (Bermúdez Quintero et al., 2006).

Estudiantes universitarios con bajo rendimiento experimentan tensión y ansiedad en relación a su responsabilidad y compromiso con una de las decisiones más importantes de su vida, como lo es la elección de su carrera (Willcox Hoyos, 2011). En el estudio llevado a cabo por Ortiz et al. (2013), se observó asociación significativa y negativa (aunque débil) entre estrés y rendimiento académico en estudiantes de medicina de primer año. En el mismo estudio no se observó asociación entre los puntajes de estrés y el rendimiento académico en los estudiantes de segundo año. Jacquett Toledo et al. (2012), no reportaron asociación entre estrés y rendimiento académico. En el estudio de Bermúdez Quintero et al. (2006), se señala que sólo niveles muy reducidos de estrés se relaciona con bajo rendimiento académico. Conclusiones similares se observan en el estudio de García-Ros et al. (2012), reportaron que los estudiantes que presentaron bajos niveles de estrés obtuvieron bajo rendimiento académico, mientras que los estudiantes con niveles de estrés intermedios y moderadamente superiores obtuvieron mejor rendimiento académico.

4.9. A modo de conclusión

Desde cualquiera de las acepciones de estrés, se puede observar que éste es un factor de riesgo para la salud. Los estudios revisados señalan que el estrés se relaciona positivamente con el consumo de sustancias psicoactivas y con las conductas sexuales de riesgo, sin embargo y de acuerdo a la literatura revisada, su relación con el rendimiento académico no resulta concluyente.

Las personas afrontan el estrés de manera diferente; sin embargo, cuando el individuo considera sus recursos disponibles es posible que la manera de percibir, evaluar y reaccionar ante el estrés vaya enfocada hacia la solución del problema.

Capítulo 5. Recursos psicológicos

Según Brasini (2009), el término *recurso* tiene distintas acepciones en el ámbito psicológico: En la primera acepción, se considera recurso a todo aquello que puede responder a todo tipo de necesidades incluyendo las psicológicas. El segundo significado concibe a los recursos como bienes naturales; se basa en la creencia de que todo ser humano está dotado de importantes recursos personales. El tercer significado concibe a los recursos ya sea como algo inerte a poseer y explotar hasta el agotamiento o se puede pensar en los recursos como algo vivo, que forma parte del ciclo natural de la vida, que está hecho para ser compartido, que no se agota con el uso, sino que al contrario, puede crecer y desarrollarse.

5.1. Definición de recursos psicológicos

En el contexto de la psicología existen diversos enfoques que identifican, conceptualizan y evalúan los recursos de distintas maneras (Rivera Heredia & Pérez Padilla, 2012). Morán Astorga y Schulz (2008) definen a los recursos psicológicos como los factores de protección psicológica que se relacionan de forma positiva con la salud y el bienestar, permitiendo el aumento de la resistencia a la adversidad, facilitando una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o situaciones problemáticas de la vida cotidiana. Según los autores mencionados, los recursos psicológicos están relacionados con las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza para hacer frente a las situaciones adversas; mientras que para González-Forteza, Andrade Palos y Jiménez Tapia (1997) los recursos psicológicos mitigan el impacto de la situación estresante sobre el estado emocional de la persona.

5.2. Modelo teórico

El modelo de recursos psicológicos del que se parte en este trabajo es el desarrollado por Rivera Heredia, Andrade Palos y Figueroa Rosas (2006) y ampliado,

posteriormente, por Rivera Heredia y Pérez Padilla (2012). En dicho modelo se conceptualiza a los recursos psicológicos como los medios (internos y externos) que permiten manejar las situaciones de la vida que son percibidas como estresantes. Se considera que un recurso es un elemento de poder que en ocasiones se da, se recibe o se intercambia con otras personas; el valor del recurso depende del contexto y las circunstancias.

Rivera Heredia et al. (2006) postulan que las personas, los grupos sociales y los contextos desarrollan sus propios recursos. De ahí que pueden encontrarse recursos individuales, familiares y sociales -que de acuerdo a su origen- pueden ser transmitidos por la herencia o por el ambiente. Se ha destacado que quienes tienen un mayor número de recursos, se conducen mejor ante las diversas situaciones de la vida y afrontan de manera positiva los problemas (Rivera Heredia et al., 2006; Rivera-Heredia, Obregón Velasco, & Cervantes Pacheco, 2009).

En una revisión teórica que tuvo como objetivo conocer las *similitudes* y *diferencias* entre los constructos calidad de vida, bienestar psicológico y recursos psicológicos, Padrós Blázquez y Rivera Heredia (2014) destacan que el modelo de recursos psicológicos propuesto por Rivera Heredia et al. (2006) y Rivera Heredia y Pérez Padilla (2012) puede concebirse como un modelo de bienestar psicológico. Al analizar detalladamente la perspectiva eudamónica sobre bienestar psicológico, los autores concluyen que las propuestas desarrolladas por Jahoda (1958); Ryff (1989); Ryan y Deci (2001) y la de propuesta de recursos psicológicos de Rivera Heredia et al. (2006), evalúan distintos aspectos del bienestar psicológico. En consecuencia, la escala de recursos psicológicos de Rivera Heredia et al. (2006) y Rivera Heredia y Pérez Padilla (2012), también podría ser empleada para evaluar un modelo de bienestar psicológico.

Rivera Heredia et al. (2006) y Rivera Heredia et al. (2009) construyeron un modelo de cinco dimensiones para comprender y evaluar los recursos psicológicos. Este modelo está conformado por las siguientes escalas:

5.2.1. Recursos afectivos. Se refiere al manejo que la persona tiene de sus emociones y sentimientos (alegría, tristeza, enojo, etc.), así como la manera en que los expresa y los regula para restablecer el estado de equilibrio después de haber vivido una pérdida de control.

Los recursos afectivos se componen de cuatro sub-escalas, dos miden los recursos afectivos positivos (autocontrol y recuperación del equilibrio) y las otras dos miden aspectos negativos de los recursos (dificultades en el manejo del enojo y de la tristeza). Por su parte, Rivera Heredia, Obregón Velasco, Cervantes Pacheco y Martínez Ruiz (2014) definen a éstas sub-escalas de la siguiente manera:

Autocontrol. Es la capacidad de modular la expresión de emociones para contener los impulsos.

Manejo de la tristeza. Hace referencia a la manera en que la persona responde ante sentimientos asociados con pérdidas, sentimientos de soledad, añoranza o nostalgia.

Manejo del enojo. Se refiere a la forma de manifestar las emociones de frustración, inconformidad o desagrado.

Recuperación del equilibrio. Es la capacidad de regresar a un estado de calma y serenidad después de haber perdido el control, debido a emociones de tristeza, enojo o exaltación.

5.2.2. Recursos cognitivos. Se refiere a las percepciones y creencias que tienen las personas con respecto a la forma de enfrentar los problemas.

La escala original está compuesta por dos sub-escalas de recursos cognitivos positivos: reflexión ante los problemas y creencias religiosas y una sub-escala de recurso cognitivo negativo: auto-reproches.

Reflexión ante los problemas. Es la tendencia a pensar e imaginar las situaciones problemáticas para analizarlas y solucionarlas.

Creencias religiosas. Conjunto de ideas y preceptos que se asocian con la fe hacia alguna religión en concreto y a través de los cuales la persona se siente tranquila y protegida.

Auto-reproches. Se refiere a los reclamos que la persona se hace así misma por acciones realizadas en el pasado.

De forma posterior, Rivera Heredia y Pérez Padilla (2012), agregaron una nueva sub-escala:

Optimismo. Hace referencia a “la capacidad del individuo de rescatar los aspectos favorables de las experiencias vividas aunque éstas sean desagradables y conservar una visión del futuro positiva” M. L. Pérez Padilla (comunicación personal, 10 de junio de 2016).

5.2.3. Recursos instrumentales. Se refieren a las conductas que la persona ejecuta para sentirse mejor al relacionarse con sus amigos y otras personas, tales conductas incluyen: desarrollar una conversación, sostener una amistad, ser respetuoso y mantener canales de comunicación abiertos. Ésta sub-escala está compuesta sólo por la siguiente dimensión:

Habilidades sociales. Es la capacidad de la persona para relacionarse y comunicarse con los demás, por ejemplo, entablar una conversación, ser cordial, empático y hacer amigos.

5.2.4. Recursos sociales. Están relacionados a la capacidad para solicitar ayuda, apoyo y contención cuando se necesita y a la manera en que las personas se relacionan y se vinculan con los demás para tal fin.

La escala original está compuesta por dos dimensiones una positiva: red de apoyo y una negativa: incapacidad para buscar apoyo.

Red de apoyo. Se refiere a la posibilidad de contar con personas en quienes confiar y que brinden un soporte emocional ante situaciones problemáticas.

Incapacidad para buscar apoyo. Es la dificultad para pedir ayuda a las personas de confianza.

Posteriormente, Rivera Heredia y Pérez Padilla (2012), agregaron una nueva dimensión:

Altruismo. Es definido como la “disposición y conducta de ayuda a otros individuos que han vivido experiencias similares o que requieren de ayuda. El altruismo permite que los individuos se conecten entre sí lo cual favorece un mejor afrontamiento ante situaciones estresantes de la vida”. M. L. Pérez Padilla (comunicación personal, 10 de junio de 2016).

5.2.5. Recursos energéticos y/o materiales. Esencialmente involucra tener dinero para adquirir objetos materiales y servicios, así como el tiempo necesario para realizar las actividades deseadas.

Recursos materiales. Se refiere a contar con recursos monetarios, materiales y condiciones que permitan realizar las actividades que la persona necesita o desea.

La Tabla 1 resume las cinco escalas de los recursos psicológicos. En la escala de recursos afectivos, se observa que sus elementos están relacionados con la autonomía y la autoaceptación, dos de los componentes descritos en el modelo de Ryff de 1989 y el de autonomía de Jahoda de 1958, así como el de autonomía, contemplado como una

necesidad básica en el modelo de Ryan & Deci (2001). Los recursos cognitivos parcialmente coinciden con el componente de control ambiental del modelo de Ryff de 1989 y del dominio del ambiente de Jahoda de 1958 (Ryan & Deci, 2001). Respecto a los recursos instrumentales, las habilidades sociales podrían equivaler al componente de relaciones positivas con los otros descritos en el modelo de Ryff de 1989 y con el factor de vinculación afectiva contemplado como una necesidad básica en el modelo de Ryan y Deci (2001). Los recursos sociales podrían estar parcialmente contemplados en el modelo de Ryff de 1989 por el mismo factor de relaciones positivas y de vinculación afectiva de Ryan y Deci (2001). Los recursos materiales pueden contemplarse como parte de las necesidades básicas que deben satisfacerse en el modelo de Ryan y Deci (2001), que a su vez está influenciado por el modelo clásico de Maslow de 1968 (Padrós Blázquez & Rivera Heredia, 2014).

Tabla 1

Escalas de los Recursos Psicológicos.

Recursos Afectivos	Recursos Cognitivos	Recursos Instrumentales	Recursos Sociales	Recursos Materiales
Autocontrol	Reflexión ante los problemas	Habilidades sociales	Red de apoyo	Recursos materiales
Manejo de la tristeza	Creencias religiosas		Incapacidad para buscar apoyo (-)	
Manejo del enojo	Autoreproches (-)		Altruismo	
Recuperación del equilibrio	Optimismo			

5.3. Algunos datos empíricos sobre los recursos psicológicos

Los recursos psicológicos han mostrado ser un factor protector para diversos problemas de tipo psicosocial. Distintos datos empíricos, han revelado que influyen positivamente sobre la salud y el bienestar (Morán Astorga & Schulz, 2008). Así, por

ejemplo, en un estudio realizado con estudiantes universitarios, Diener y Fujita (1995) encontraron que los recursos personales, sociales y materiales -en conjunto- son moderadamente fuertes predictores del bienestar subjetivo. Sin embargo, el bienestar subjetivo se reportó como más estrechamente relacionado con los recursos personales y sociales que con los recursos materiales.

En México, González-Forteza et al. (1997) exploraron en adolescentes la relación entre locus de control, autoestima e impulsividad y la valoración de estrés. Los hallazgos señalan que la autoestima es un recurso psicológico protector ante el estrés, mientras que el locus de control externo y la impulsividad hacia las conductas arriesgadas fueron factores que incrementaron la vulnerabilidad y el riesgo.

Por su parte, Rivera-Heredia, Cervantes-Pacheco, Martínez-Ruiz y Obregón-Velasco (2012) evaluaron en estudiantes universitarios los recursos psicológicos, la sintomatología depresiva y la migración familiar. Los resultados señalan que los estudiantes con familiares directos migrantes presentaron recursos psicológicos (individuales, sociales y familiares) débiles, así como mayor sintomatología depresiva e ideación suicida a diferencia de aquellos estudiantes que no tienen familiares migrantes o si los tienen son indirectos.

En otro estudio se reportó que la capacidad de autocontrol, el adecuado manejo de la tristeza y el adecuado manejo del enojo son recursos psicológicos (afectivos) que protegen contra el intento de suicidio en adolescentes mexicanos (Hermosillo de la Torre, Vacio Muro, Méndez-Sánchez, Palacios Salas, & Sahagún Padilla, 2015).

Matthews, Gallo y Taylor (2010) hicieron una revisión de distintos estudios empíricos en donde se examinó la asociación entre los recursos psicológicos y sociales con el nivel socioeconómico y la salud. Los resultados indicaron que a diferencia de las personas de nivel socioeconómico alto, las de nivel socioeconómico bajo obtuvieron

puntuaciones inferiores en recursos psicológicos, baja autoestima, menor percepción de control y menor número de características personales positivas para afrontar problemas de salud.

5.4. A modo de conclusión

Los recursos psicológicos son factores de protección que se relacionan de forma positiva con la salud y el bienestar. De acuerdo a los estudios revisados, los recursos psicológicos más importantes son los recursos personales, seguidos de los sociales y por último, los materiales.

Capítulo 6. Gaudibilidad

La Psicología Positiva se ha ocupado principalmente del estudio científico del bienestar y de toda experiencia subjetiva positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por consiguiente, en las dos últimas décadas, se han desarrollado diversas investigaciones sobre el bienestar, lo que ha contribuido a la ampliación conceptual del constructo (Díaz et al., 2006). Otro campo de estudio de la psicología positiva son las emociones positivas las que Seligman (2002 citado en Carr, 2007) clasifica en *emociones relacionadas con el futuro*, por ejemplo, el optimismo, la esperanza, la fe, etc., *emociones relacionadas con el pasado* entre las que se incluyen: la satisfacción, el orgullo personal, la realización personal, etc. y las *emociones relacionadas con el presente*: los placeres y las gratificaciones.

Con respecto a la gaudibilidad se puede decir que es un nuevo concepto que hace referencia a experiencias subjetivas positivas (Padrós Blázquez, Martínez Medina, Gutiérrez-Hernández, & Medina Calvillo, 2010) por lo que puede incorporarse dentro del campo de estudio de la Psicología Positiva.

6.1. Definición de gaudibilidad

Recientemente, la gaudibilidad ha sido introducida como un nuevo concepto susceptible de estudio inherente a la Psicología Positiva (Padrós Blázquez et al., 2012). Padrós Blázquez y Fernández Castro (2008) definen el concepto gaudibilidad como un conjunto de moduladores que regulan el disfrute que las personas experimentan. Los autores señalan que a través del fortalecimiento de los moduladores que constituyen la gaudibilidad (habilidades, creencias y estilo de vida) es posible incrementar la capacidad de disfrute.

6.2. Componentes de la gaudibilidad

Padrós Blázquez y Fernández Castro (2008) sugieren que el constructo gaudibilidad está constituido por los siguientes componentes:

6.2.1. Habilidades. Implica tener sentido del humor, imaginación, capacidad de concentración, demostrar interés por las cosas y capacidad de forjarse retos.

6.2.2. Creencias y estilos cognitivos. Está constituido por las creencias generales y las específicas, así como por el estilo atribucional.

6.2.3. Estilo de vida. Incluye cierto tipo de organización personal para poder disfrutar. La capacidad de disfrute puede experimentarse al estar solo o acompañado e incluye el hecho de disfrutar de experiencias pasadas, presentes y futuras.

La Tabla 2 muestra los componentes o moduladores de la gaudibilidad de manera gráfica.

Tabla 2

Componentes o moduladores de la gaudibilidad.

Habilidades	Creencias y estilos cognitivos	Estilo de vida
Sentido del humor.	Imaginación.	Soledad/acompañado.
Concentración.	Creencias irracionales	Pasado, presente y futuro.
Intereses.	generales.	
Capacidad de forjarse retos.	Competencia percibida.	
	Estilos cognitivos.	

6.3. Algunos datos empíricos sobre la gaudibilidad

Como antecedentes del estudio de la gaudibilidad puede mencionarse los realizados dentro del ámbito clínico que reportan bajos niveles de gaudibilidad en la esquizofrenia (Padrós Blázquez, Martínez-Medina, & Cruz García, 2011) y en pacientes

con trastornos por dependencia de sustancias (Padrós Blàzquez, Martínez-Medina, González-Ramírez, Rodríguez-Maldonado, & Astals-Vizcaíno, 2011).

En el ámbito escolar, Quintana, Montgomery, Malaver y Ruiz (2010) estudiaron la relación entre el nivel de gaudibilidad y la percepción de apoyo social en estudiantes de secundaria espectadores de bullying. Los resultados encontrados indican que la gaudibilidad y la percepción de apoyo social se relacionan de manera positiva y significativa. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a capacidad de disfrute, según el tipo de espectador (pro-social, amoral e indiferente-culpabilizado). Al parecer, los espectadores pro-sociales tienden a tener una mayor capacidad de disfrute, mientras que los espectadores indiferentes-culpabilizados exhibieron menor nivel de capacidad de disfrute. Los autores consideran que los espectadores indiferentes-culpabilizados están carentes de humor y sentimientos de bienestar por lo que se ubican en un nivel de bajo afecto positivo.

Por otro lado, en la adaptación mexicana de la Escala de Gaudibilidad, Padrós Blàzquez et al. (2012) encontraron relaciones elevadas y positivas entre gaudibilidad, afecto positivo y bienestar psicológico. (Ver H.1). Se observaron correlaciones positivas y significativas entre gaudibilidad y satisfacción con la vida. Adicionalmente, la gaudibilidad correlaciona de manera inversa y moderadamente baja con el nivel de afecto negativo y con la presencia de síntomas depresivos. (Ver H.7)

6.3.1. Variables sociodemográficas. Padrós Blàzquez (2002) observó relaciones estadísticamente significativas entre el sexo y la gaudibilidad. En el grupo integrado por mujeres se distingue una puntuación media un poco más elevada de gaudibilidad en comparación a la presentada por los varones.

En relación a la variable edad no se observan relaciones significativas, y en lo que se refiere a la escolaridad puede apreciarse que a mayor nivel de estudios es mayor el nivel de gaudibilidad.

Respecto a las diferencias culturales parece ser que la población mexicana presenta mayor nivel de gaudibilidad en relación a la población española (Padrós Blàzquez et al., 2012).

6.3.2. Consumo de sustancias psicoactivas. El nivel de gaudibilidad se relaciona con la capacidad de disfrute y, dentro del ámbito clínico, se identifica el bajo nivel de gaudibilidad como patológico (Padrós Blàzquez, Martínez Medina, González Ramírez et al., 2011). La anhedonia se define como la falta o pérdida de placer o disfrute de las actividades que normalmente son valoradas como gratificantes (Brynie, 2009). Así pues, podría decirse que la gaudibilidad estaría relativamente opuesta a la anhedonia.

Si bien la anhedonia es uno de los principales síntomas del trastorno depresivo mayor (APA, 2013), también se hace presente en otros trastornos como los relacionados al consumo de sustancias psicoactivas (Manna 2006 citado en Padrós Blàzquez, Martínez Medina, González Ramírez et al., 2011, p. 65). Por su parte, Padrós Blàzquez, Martínez Medina, González Ramírez et al. (2011) consideran la posibilidad de que los niveles altos de anhedonia presentes en personas consumidoras de sustancias psicoactivas se deben a un bajo nivel de gaudibilidad. Por lo que estos autores evaluaron y compararon el nivel de gaudibilidad en dos muestras diferentes, la primera estaba compuesta por pacientes diagnosticados con trastorno por dependencia de sustancias y la segunda estaba constituida por una muestra extraída de la población en general. En dicho estudio se encontró que las personas con trastorno por dependencia de sustancias obtuvieron menor nivel de gaudibilidad en relación a la segunda muestra. Los autores concluyen que las personas con bajo nivel de gaudibilidad son más propensas al consumo de sustancias

psicoactivas y más vulnerables a los efectos placenteros derivados de su uso lo que puede dar origen a un mayor riesgo de abuso. Asimismo, los autores señalan que la frecuencia del uso de sustancias psicoactivas puede repercutir de forma negativa en los moduladores del disfrute, disminuyendo considerablemente ciertas habilidades y favoreciendo la adquisición y/o mantenimiento de creencias y estilos de vida que obstaculizan la capacidad de disfrutar.

Considerando que la variable gaudibilidad correlacionó de forma positiva con distintas variables que son protectoras de la salud mental, como el afecto positivo, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida (Ver H.1), al igual que los recursos psicológicos se asocian al bienestar y a la salud mental, es razonable suponer que la gaudibilidad y los recursos psicológicos funjan como factores de protección ante el estrés (Ver H.7), las conductas de riesgo (Ver H.8 y H.9) y el bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. (Ver H.6).

Por último, cabe hacer mención que la variable gaudibilidad es de reciente creación y sólo existe una escala para medirla, por lo que son escasos los estudios sobre la misma (Padrós Blàzquez et al., 2012).

6.4. A modo de conclusión

Existe evidencia empírica que indica una relación positiva entre la gaudibilidad y el afecto positivo, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y el nivel de estudios. Asimismo, se ha reportado una relación negativa entre gaudibilidad y afecto negativo, síntomas depresivos y abuso de sustancias psicoactivas.

SECCIÓN EMPÍRICA

Capítulo 7. Primer estudio: Estudio psicométrico de las preguntas CARLOS (CRAFFT) en estudiantes universitarios zacatecanos

7.1. Introducción

En México existen instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas que evalúan el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como diversos aspectos asociados a su consumo y percepción de riesgo (véase Calleja, 2011). Sin embargo, hasta ahora, no se ha identificado una escala creada o validada en el país que detecte y evalúe de forma breve y precisa el consumo de este tipo de sustancias.

La escala CARLOS (CRAFFT) desarrollada por Knight, Sherritt, Shrier, Harris y Chang (2002) es un instrumento de aplicación muy breve que ha manifestado aceptables propiedades psicométricas. En el estudio original de Knight et al. (2002), el punto de corte óptimo de la Escala CRAFFT resultó ser igual o superior a 2, con una sensibilidad de 0.76 y una especificidad de 0.94. El alfa de Cronbach resultó de 0.68.

En el estudio de Cummins et al. (2003), llevado a cabo en Alaska, para un punto de corte igual o superior a 2, la sensibilidad resultó de 0.95 y la especificidad de 0.86; el alfa de Cronbach fue de 0.81.

En la validación francesa Bernard et al. (2005) reportaron que para un punto de corte igual o superior a 4, la sensibilidad resultó ser igual a 0.72 y la especificidad de 0.68.

En un estudio hecho en Singapur, con una muestra multiétnica de Malasia, India y China, con un punto de corte igual o superior a 2, se encontró una sensibilidad de 0.64 y una especificidad de 0.84, la escala mostró un alfa de Cronbach de 0.73 (Subramaniam, Cheok, Verma, Wong, & Chong, 2010).

En Noruega, Skogen, Bøe, Knudsen y Hysing (2013), reportaron que para un punto de corte igual o superior a 2, la sensibilidad fue de 0.41, la especificidad de 0.90 y el alfa de Cronbach fue de 0.67.

En la validación para Colombia, Cote-Menendez, Uribe-Isaza y Prieto-Suárez (2013), reportaron una sensibilidad de 0.95, una especificidad de 0.83, el alfa de Cronbach resultó de 0.89.

En la adaptación transcultural y validación hecha en Argentina se reportó que con un puntaje mayor o igual a 2, el instrumento CRAFFT tuvo una sensibilidad de 59% y una especificidad de 88% y una consistencia interna de 0.68.

El objetivo del presente estudio fue examinar las propiedades psicométricas del instrumento CARLOS (CRAFFT) en una muestra de estudiantes de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Por lo tanto, se calculó la consistencia interna del instrumento, se valoró la sensibilidad y especificidad de la prueba, se determinaron los valores predictivos y se examinó su estructura factorial.

7.2. Método

7.2.1. Participantes

La muestra de investigación está conformada por 220 estudiantes de diferentes Unidades Académicas de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

Para determinar el tamaño de la muestra, en un primer momento, se siguió la recomendación de Cortina (1993) y Norman y Streiner (1996) la cual indica que: “cuando el número de participantes calculado para una escala compuesta por menos de diez ítems es inferior a 100 sujetos, se recomienda que la muestra se forme con diez participantes por cada diez ítems...” (como se cita en Campos-Arias & Oviedo, 2008, p. 836). Esta recomendación puede ser empleada cuando se realizan estudios de consistencia interna y análisis factorial exploratorio (Campos-Arias & Oviedo, 2008).

Siguiendo la anterior indicación, la muestra de éste estudio estaría compuesta por 60 participantes. Sin embargo, se consideró conveniente incrementar el tamaño de la muestra para reducir el margen de error de las estimaciones (Argibay, 2009). En consecuencia, se utilizó una muestra por conveniencia de 220 participantes.

De los 220 participantes, el 58% (127) son mujeres y el 42% (93) son varones. El rango de edad oscila entre 18 y 25 años (media de 20.1, desviación estándar de 1.6, moda de 19). Proceden de las siguientes facultades: Psicología, 35% (77); Odontología, 17% (37); Ingeniería en Computación, 14% (31); Contaduría y Administración, 14% (31); Ingeniería Civil, 11% (25) y Economía, 9% (19).

7.2.2. Instrumentos

Las Preguntas CARLOS/CRAFFT (Carro, Amigos, Relajarse, Líos, Olvidado, Solo / Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) de Knight et al. (2002). CARLOS o CRAFFT son acrónimos de las primeras letras de las palabras clave del test de seis preguntas. Se utilizó la versión oficial en español, realizada por los autores del instrumento que consiste en un instrumento de cribado que permite identificar adolescentes en riesgo de abuso de sustancias. Está compuesto por seis ítems (sección B: B1, B2, B3, B4, B5 y B6), aunque hay otros tres adicionados al principio a efectos de realizar una rápida tamización (sección A: A1, A2, A3). El formato de respuesta es dicotómico (Sí o No). Si se responde que no a los primeros tres ítems de tamizado (A1, A2, A3) se debe responder solamente el primero de los seis ítems de diagnóstico (B1). Si se responde que sí a cualquiera de los tres ítems de tamizado se deben responder los seis ítems de diagnóstico (B1 a B6). Los seis ítems de diagnóstico del instrumento cuestionan la presencia o ausencia de consumo de alcohol u otras drogas y pregunta por los problemas que se relacionan con el consumo de éstas. En caso de responder de forma negativa (no) se le asigna un puntaje de cero, mientras que a una respuesta afirmativa (sí)

se le asigna un puntaje de uno. Para evaluar el instrumento se suman los puntajes de los seis ítems de diagnóstico (del B1 al B6). Una puntuación mínima de 0 o 1 respuestas afirmativas se considera como punto de corte (indicativa de ausencia de riesgo de consumo problemático de sustancias). Puntajes iguales o mayores a 2 sugieren la presencia de consumo abusivo (Clark, Gordon, Ettaro, Owens, & Moss, 2010).

Las preguntas CARLOS (CRAFFT) han sido valoradas psicométricamente en diferentes estudios durante más de una década (Pérez Gómez & Scopetta Díaz-Granados, 2011) y se ha demostrado su validez a través de distintos estudios (Cote-Menendez, et al., 2013).

Para hacer uso de las Preguntas CARLOS (CRAFFT), se solicitó el correspondiente permiso a los autores del instrumento, mismo que fue concedido a través de Jesse Boggis, Ph.D., Research Assistant II, Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), Boston Children's Hospital, Harvard Medical School, MA, USA.

AUDIT (por sus siglas en inglés, Alcohol Use Disorders Identification Test) de Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993), adaptación mexicana de Rubio (1998), es un instrumento conformado por 10 ítems. Las primeras ocho preguntas tienen cinco opciones de respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas preguntas tienen tres opciones de respuesta que se puntúan 0, 2 o 4. El rango de respuestas es de 0 a 40. Las primeras tres preguntas exploran la cantidad y frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas. Una alta puntuación en estos ítems sugiere que la persona está bebiendo alcohol de manera abusiva. Una alta puntuación en las respuestas de las preguntas 4 a 6 muestra que existe dependencia de consumo de alcohol. Si existen altas puntuaciones en las preguntas 7 a 10 se considera como un consumo dañino o perjudicial. El punto de corte para considerar riesgo, consumo perjudicial o incluso dependencia de alcohol es de

8 puntos o más en el total de los puntos obtenidos en los 10 ítems (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001).

7.2.3. Procedimiento

El estudio constó de tres fases: en la primera tres psicólogos expertos revisaron la traducción oficial al español realizada por los autores del instrumento CARLOS (CRAFFT) y consideraron que es adecuada.

En la segunda fase se hizo un estudio piloto a 30 estudiantes de Psicología de las Preguntas CARLOS (CRAFFT) con el objetivo de detectar posibles dificultades en la comprensión y respuesta de las preguntas del instrumento y para medir el tiempo que se ocupa en responderlo. Los participantes expresaron entender ampliamente todas las preguntas, no manifestaron dudas y lo contestaron en un lapso de tiempo de uno a tres minutos.

En la tercera fase, se realizó el estudio a escala donde participaron 220 estudiantes y se aplicaron los instrumentos CARLOS (CRAFFT) y AUDIT. En general, se siguió el siguiente procedimiento:

Se optó por la técnica del cuestionario auto-administrado, por lo que se procedió a aplicar los instrumentos de forma colectiva dentro del salón de clases. Se explicó a los estudiantes los objetivos del estudio. Se especificó el carácter confidencial de los datos aportados. Se les informó de la importancia de responder de forma verídica a las distintas cuestiones planteadas. Quienes participaron lo hicieron de forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado. No hubo límite de tiempo para responder a cada uno de los instrumentos aplicados, sin embargo, éste osciló entre 5 y 10 minutos. Por orden de aplicación, en el cuadernillo de los instrumentos, primero aparece el AUDIT y después el CARLOS (CRAFFT).

7.3. Análisis de datos

Primero se estimó la consistencia interna del instrumento CARLOS (CRAFFT) con el alfa de Cronbach. Enseguida y en consonancia con el estudio previo de Knight et al. (2002), se calcularon la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos del instrumento y las áreas bajo la curva ROC, para determinar el punto de corte óptimo para predecir cualquier uso problemático de alcohol o drogas.

Para verificar la validez concurrente se calculó la correlación del instrumento CARLOS (CRAFFT) con el AUDIT. Por último y considerando los resultados del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) del instrumento CRAFFT realizado por Subramaniam et al. (2010) y cuyos resultados indican que el instrumento es unifactorial, se procedió a realizar un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) del instrumento mediante Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE) considerando que todos los reactivos se agrupan en un solo factor.

7.4. Resultados

Del total de los participantes, el 33% informó no haber consumido sustancias. Los porcentajes de los participantes que respondieron de manera afirmativa (sí) a cada ítem del CARLOS (CRAFFT) y los porcentajes que presentaron puntuaciones de 0 a 6 se presentan en las Tablas 1 y 2, respectivamente.

Tabla 3

Porcentaje de participantes que respondieron afirmativamente (sí) a cada ítem de Las Preguntas CARLOS (CRAFFT)

Ítem	Respuesta sí a cada ítem de Las Preguntas CARLOS (CRAFFT)
Carro	59%
Amigos	28%
Relajarse	20%
Líos	16%
Olvidado	22%
Solo	19%

Tabla 4

Porcentaje de participantes que tuvieron puntuaciones de 0 a 6

Puntuación CARLOS (CRAFTT)	Porcentaje
0	33%
1	25%
2	13%
3	11%
4	11%
5	6%
6	1%

7.4.1. Análisis de confiabilidad y estudio de la bondad de los reactivos. Se estimó la consistencia interna del instrumento CARLOS (CRAFTT) y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.73, que indica, teniendo en cuenta el reducido número de reactivos, que la consistencia interna de la escala es aceptable (Aiken, 2003). La media y la desviación estándar del puntaje total fue de 1.63 y 1.65, respectivamente. La Tabla 5 muestra un resumen de los resultados obtenidos por reactivo. La puntuación media para cada ítem osciló entre 0.15 (ítem B4) y 0.59 (ítem B1). Los valores de las desviaciones estándar para cada ítem estuvieron entre 0.36 y 0.49. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total corregida fue moderado, estuvieron por encima de 0.41, excepto el reactivo B6 que resultó de 0.37. También se observó que al eliminar cualquiera de los ítems, el valor del alfa de Cronbach de la escala total disminuía considerablemente (véase Tabla 5).

Tabla 5

Estadísticos básicos y confiabilidad de los resultados obtenidos del CARLOS (CRAFFT)

Reactivo	Media	Desviación estándar	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
C – B1	0.59	0.49	0.41	0.71
A – B2	0.28	0.45	0.50	0.68
R – B3	0.20	0.39	0.50	0.68
L – B4	0.15	0.36	0.51	0.68
O – B5	0.22	0.41	0.53	0.67
S – B6	0.19	0.39	0.37	0.72

7.4.2. Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN) y Curvas ROC para diferentes puntos de corte del instrumento CARLOS (CRAFFT). Se hizo un estudio de la variación a los diferentes puntos de corte del CARLOS (CRAFFT) al considerar diferentes totales del instrumento como casos positivos y compararlos con los casos positivos del AUDIT. Dichos resultados se muestran en la Tabla 6.

La sensibilidad de una prueba es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo que presenta la enfermedad mientras que la especificidad es la probabilidad de que una persona sana tenga un resultado negativo en la prueba (Cuevas Renaud & Alejo Martínez, 2010). Así se encuentra que la sensibilidad del CARLOS (CRAFFT) comparado con el AUDIT fue de 0.86, y su especificidad de 0.73 con un punto de corte de 2. Al mismo punto de corte, el valor predictivo positivo resultó de 0.52 y el valor predictivo negativo de 0.94. El área bajo la curva (ROC) fue de 0.79 (0.50 - 0.79).

Tabla 6*Análisis de diferentes puntos de corte CARLOS (CRAFT)*

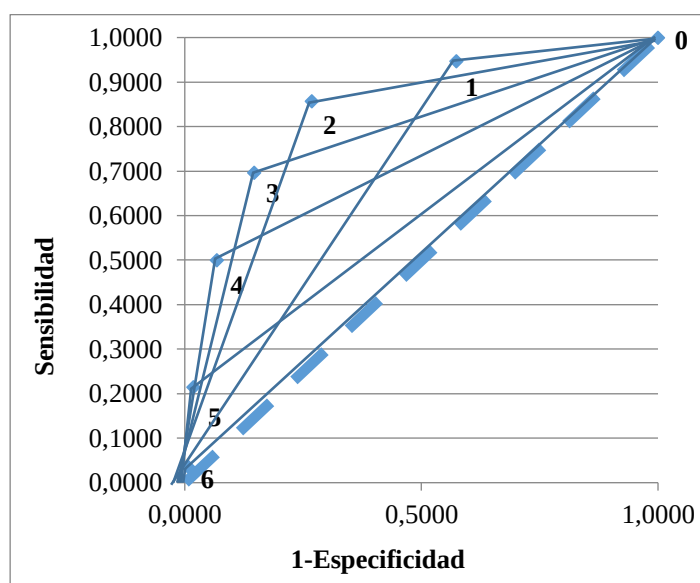
Corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo Positivo	Valor Predictivo Negativo	1-Especificidad	Kappa	Área bajo la curva ROC
0	1.0000	0.0000	0.2545	1.0000	1.0000	-	0.5000
1	0.9464	0.4268	0.3605	0.9589	0.5732	0.2530	0.6866
2	0.8571	0.7317	0.5217	0.9375	0.2683	0.4860	0.7944
3	0.6964	0.8537	0.6190	0.8917	0.1463	0.5280	0.7750
4	0.5000	0.9329	0.7179	0.8453	0.0671	0.4810	0.7165
5	0.2143	0.9817	0.8000	0.7854	0.0183	0.2580	0.5980
6	0.0357	0.9939	0.6667	0.7512	0.0061	0.0430	0.5148

Nota: Se observa que el punto de corte de 2 es el que ofrece la mejor combinación de sensibilidad y especificidad, así como la mayor área bajo la curva ROC, a pesar de que la mayor Kappa sea para un punto de corte de 3.

El punto de corte es aquel valor límite a partir del cual se considera que se tiene un caso de abuso de sustancias psicoactivas. Se busca obtener el punto de corte óptimo para que el balance entre sensibilidad y especificidad sea el mejor posible, es decir, que la prueba mida de manera más precisa el abuso de sustancias psicoactivas (sin errores ya sea por omisión o diligencia).

La curva ROC resultante de graficar 1-Especificidad en el eje horizontal y Sensibilidad en el eje vertical para los diferentes puntos de corte (Hanley & McNeil, 1982), se ilustra en la Figura 1.

Figura 1. Curvas ROC para los diferentes puntos de corte CARLOS (CRAFFT)



7.4.3. Validez concurrente de las escalas CARLOS (CRAFFT) y AUDIT.

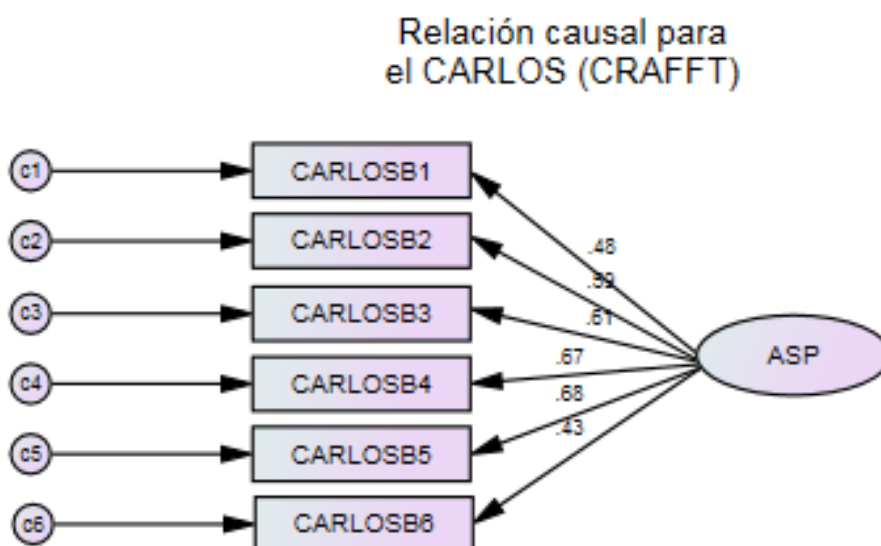
Para la validez concurrente se hizo una correlación para los 220 individuos de la suma de los seis ítems del CARLOS (CRAFFT) (B1, B2, B3, B4, B5 y B6) respecto a la suma de los 10 ítems del AUDIT. La correlación (r) de Pearson para este caso resultó de 0.67 ($p < 0.01$).

7.4.4. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). El análisis factorial exploratorio llevado a cabo por Subramaniam et al. (2010), mostró que todos los ítems de la escala CRAFFT se cargaron bajo un mismo factor con un peso factorial que va de 0.60 a 0.93. Más aún, el modelo unifactorial cumplió con todos los criterios de un buen modelo. Por consiguiente en este estudio se espera encontrar un solo factor. Para hacer el AFC se utilizó un Modelo de Ecuaciones Estructurales o SEM (por sus siglas en inglés, *Structural Equation Model*) aplicado al instrumento CARLOS (CRAFFT).

Debido a que el comportamiento del instrumento no sigue una distribución normal, se utilizó el método de mínimos cuadrados generalizados (*generalized least squares*) en lugar del método de máxima verosimilitud (*maximum likelihood*) debido a

que el primero no requiere un comportamiento normal de las variables. El resultado se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Modelo SEM del AFC del CARLOS (CRAFFT)



Nota: ASP significa: Abuso de Sustancias Psicoactivas.

Para la prueba de bondad de ajuste se obtuvo una χ^2/gl de 1.73, cuyo valor es menor al requerimiento de 3. El GFI fue de 0.98, que es mayor a la restricción más estricta de 0.95. El AGFI fue de 0.95 que es igual al requerimiento estricto de 0.95. El CFI fue de 0.90 que es igual al requerimiento mínimo (ajuste moderado) de 0.9. Finalmente, el RMSEA fue de 0.06 que es menor al requerimiento de 0.08. De modo que puede concluirse que el modelo unifactorial ajusta de forma aceptablemente satisfactoria (Byrne, 2010).

7.5. Discusión

El primer objetivo del presente trabajo fue evaluar la consistencia interna del instrumento CARLOS (CRAFFT). Los resultados indican que todos los reactivos manifiestan adecuadas propiedades psicométrica, y una consistencia interna aceptable (alfa de Cronbach de 0.73) teniendo presente el reducido número de reactivos. El

resultado obtenido es igual al presentado en el estudio de Subramaniam et al. (2010) y comparable a los valores obtenidos en otros estudios. Por ejemplo en el estudio original de Knight et al. (2002) se reportó un alfa de Cronbach de 0.68; Skogen et al. (2013) señalaron un alfa de Cronbach de 0.67; Bertini et al. (2014), indicaron un alfa de Cronbach de 0.64; Cummins et al. (2003) reportaron 0.81. En la revisión realizada por Dhalla, Zumbo y Poole (2011) se encontraron valores que van de 0.65 a 0.86, mientras que en el estudio de Kandemir et al. (2015) se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90. Por lo tanto, al igual que en los estudios citados anteriormente, se concluye que el instrumento tiene una adecuada consistencia interna.

El segundo objetivo fue evaluar la sensibilidad y la especificidad del instrumento. En este estudio se encontró que hay una mayor sensibilidad y especificidad y mejor área bajo la curva (ROC) con un punto de corte de 2, al igual que lo expuesto en otros estudios como los de Bertini et al. (2014), Cote-Menéndez et al. (2013), Cook, Chung, Kelly y Clark (2005), Cummins et al. (2003), Kandemir et al. (2015), Knight et al. (2002), Mitchell et al. (2014) y Tossman, Kasten, Lang y Strüber (2009). Nótese en este estudio que con un punto de corte de 2, la sensibilidad del CARLOS (CRAFFT) (0.86) fue mayor a la reportada por Knight et al., (2002) (0.76) y la especificidad (0.73) fue menor a la reportada por los autores citados (0.94). Sin embargo, los resultados encontrados en el presente estudio tienen mayor similitud a los reportados en Alemania por Tossman et al. (2009). Ellos indicaron que para un punto de corte igual o superior a dos, obtuvieron una sensibilidad y especificidad de 0.89 y 0.66, respectivamente. Por otra lado, en una revisión sistemática de las propiedades psicométricas del CRAFFT que incluye 11 estudios de validez y 6 estudios de fiabilidad que se llevaron a cabo en diferentes tipos de poblaciones, los resultados indican que es un buen instrumento para detectar abuso de sustancias, incluyendo el consumo problemático, abuso y dependencias. En los puntos de

corte óptimos, se obtuvo una sensibilidad con rangos de 0.61 a 1.00, mientras que la especificidad variaba de 0.33 a 0.97 (Dhalla et al., 2011). Los resultados del presente estudio indican que el instrumento CARLOS (CRAFFT) tiene una adecuada sensibilidad y especificidad.

El tercer objetivo fue determinar los valores predictivos. En el presente estudio se encontró un VPP = 0.52, es decir, con una probabilidad de acierto de 52% se predice el consumo de sustancias psicoactivas. El VPN = 0.94 indica que con un 94% de certidumbre el abuso de sustancias psicoactivas no está presente. Es necesario resaltar que para ambos valores predictivos se consideró un punto de corte de 2. Los resultados de los valores predictivos son similares a los reportados por Cook et al. (2005), quienes indican que con un punto de corte igual o mayor a 2, se obtuvo un VPP = 0.41 y un VPN = 0.92. Por lo tanto, se puede concluir que el instrumento CARLOS (CRAFFT) como prueba diagnóstica de cribado es conveniente.

Por último, al igual que en el estudio de Subramaniam et al. (2010), se observa en este trabajo la estructura unifactorial del instrumento CARLOS (CRAFFT). Nótese que no existen covarianzas significativas entre los errores de las seis variables exógenas (B1 a B6) en el MEE. El punto de corte de 2 es el que ofrece mejores índices sobre la validez discriminante de la escala.

Los resultados que se han obtenido en otros estudios de las propiedades psicométricas del instrumento CRAFFT son muy similares a los obtenidos en la validación hecha al contrastar el instrumento CARLOS (CRAFFT) y la encuesta AUDIT en población mexicana.

Los resultados del presente estudio muestran una fiabilidad, sensibilidad y especificidad suficientemente altas. Por lo tanto, se concluye que los resultados muestran

que el instrumento CARLOS (CRAFFT) es válido para la tamización de consumo de alcohol y otras sustancias en jóvenes mexicanos.

La principal limitación del estudio se refiere a que la muestra utilizada sólo está compuesta por estudiantes universitarios. Además, debe tenerse presente que sólo se ha aplicado en la ciudad de Zacatecas. Sería recomendable realizar estudios con muestras más representativas de otros estados de la República Mexicana y que tengan diferentes características sociodemográficas.

Otra importante limitación es la ausencia de una medición adecuada para estudiar la validez concurrente (la escala AUDIT evalúa sólo el consumo abusivo de alcohol). En futuros estudios sería conveniente utilizar otros *Gold Standard* (por ejemplo, una entrevista estructurada). Por otro lado, sería interesante estudiar la fiabilidad test-retest del instrumento, así como la sensibilidad al cambio después de intervenciones.

7.6. Conclusión

Los datos obtenidos en el presente estudio sugieren que el instrumento CARLOS (CRAFFT) es suficientemente válido y confiable para la tamización del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios mexicanos.

Capítulo 8. Segundo estudio: Relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo en estudiantes universitarios

8.1. Justificación

La diversidad de estudios sobre estrés, conductas de riesgo y rendimiento académico ha sido muy amplia. No obstante, aún falta por conocer su relación con otras variables como los recursos psicológicos y la gaudibilidad. Vale decir que estas últimas variables son susceptibles de ser modificadas a través de intervenciones psicológicas. Por consiguiente, conocer cuáles variables están relacionadas sería de gran utilidad para realizar intervenciones preventivas. Al parecer, estas variables en su conjunto no han sido analizadas, en parte, por la novedad del constructo: gaudibilidad.

8.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo en estudiantes de la Universidad Autónoma de Zacatecas?

8.3. Objetivo general

Estudiar las relaciones entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo en estudiantes universitarios.

8.3.1. Objetivos específicos

1. Estudiar la relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad.
2. Estudiar la relación entre recursos psicológicos y rendimiento académico.
3. Estudiar la relación entre recursos psicológicos y estrés.
4. Estudiar la relación entre recursos psicológicos y consumo de sustancias psicoactivas.

5. Estudiar la relación entre recursos psicológicos y conductas sexuales de riesgo.
6. Estudiar la relación entre gaudibilidad y rendimiento académico.
7. Estudiar la relación entre gaudibilidad y estrés.
8. Estudiar la relación entre gaudibilidad y consumo de sustancias psicoactivas.
9. Estudiar la relación entre gaudibilidad y conductas sexuales de riesgo.

8.3.2. Hipótesis

- H.1: Los recursos psicológicos y la gaudibilidad se relacionan positivamente.
- H.2: Los recursos psicológicos y el rendimiento académico se relacionan positivamente.
- H.3: Los recursos psicológicos y el estrés se relacionan negativamente.
- H.4: Los recursos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan negativamente.
- H.5: Los recursos psicológicos y las conductas sexuales de riesgo se relacionan negativamente.
- H.6: La gaudibilidad y el rendimiento académico se relacionan positivamente.
- H.7: La gaudibilidad y el estrés se relacionan negativamente.
- H.8: La gaudibilidad y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan negativamente.
- H.9: La gaudibilidad y las conductas sexuales de riesgo se relacionan negativamente.

8.4. Definición conceptual y operacional de las variables

8.4.1. Rendimiento Académico

Definición conceptual. El rendimiento académico es un constructo de naturaleza multifactorial que implica el logro o éxito del estudiante en sus actividades académicas y en el que inciden tanto factores internos o personales, así como factores externos o del contexto (Castro Meline, 2009; Garbanzo Vargas, 2007).

Definición operacional. El rendimiento académico se midió a través del promedio general de las calificaciones que los alumnos reportaron. Para este fin se utilizó la escala numérica que va de 5 a 10, donde el 5 es calificación no aprobatoria y el 6 es la mínima calificación para aprobar. El 7 indica un rendimiento académico regular, el 8 indica que es bueno, el 9 que es muy bueno y el 10 indica excelencia.

8.4.2. Estrés

Definición conceptual. Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1984/1991) es definido el concepto de estrés en función de la relación que se genera entre el individuo y su contexto que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos (psicológicos, biológicos y sociales) y que pone en peligro su bienestar.

Definición operacional. El estrés se midió a través de la Escala de Estrés Percibido (EEP) de Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), traducción al español hecha por Remor y Carrobles (2001), adaptación mexicana de González Ramírez y Landero Hernández (2007), que evalúa el grado en que las situaciones de la vida son percibidas como estresantes. Las opciones de respuesta son de tipo Likert que oscilan de 0 a 4 (0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = De vez en cuando, 3 = A menudo y 4 = Muy a menudo) (González Ramírez & Landero Hernández, 2007).

8.4.3. Conducta de Riesgo

Definición conceptual. Se define como cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo juvenil (Jessor, 1991) y en la que se expone la salud y la vida (Adès & Lejoyeux, 2004).

Definición operacional. Las conductas de riesgo se midieron con dos instrumentos. El primero: Las Preguntas CARLOS/CRAFFT es un instrumento de cribado que identifica adolescentes en riesgo de abuso de sustancias. El formato de respuestas es dicotómico (Si o No) (Knight et al., 2002). El segundo instrumento es el

Cuestionario Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU-yo) que evalúa la presencia o ausencia de la actividad sexual así como el sexo bajo condiciones de riesgo. Las opciones de respuesta de éste instrumento varían dependiendo del grupo de preguntas (Pulido Rull et al., 2011).

8.4.4. Recursos Psicológicos

Definición conceptual. Son los elementos tangibles o intangibles o bien, internos y/o externos que ayudan a manejar las disitintas situaciones de la vida. Son elementos de poder que se manejan en la interacción con las personas y pueden disponerse a través del intercambio, es decir, pueden darse y/o recibirse. Existen recursos individuales, familiares y sociales. El valor personal de los recursos depende del contexto y de las circunstancias en las cuales se utilizan. De manera general, los recursos psiológicos se utilizan para enfrentar situaciones percibidas como estresantes (Rivera Heredia et al., 2006).

Definición operacional. Se evaluaron a través de las escalas de recursos psicológicos que incluyen los recursos afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales. Las opciones de respuesta son de tipo Likert y utilizan frecuencias que oscilan de 4 a 1 (4. Casi siempre; 3. Algunas veces; 2. Rara vez y 1. Casi nunca) (Rivera-Heredia et al., 2006; Pérez Padilla & Rivera Heredia, 2012).

8.4.5. Gaudibilidad

Definición conceptual. La gaudibilidad es un conjunto de moduladores (habilidades, creencias y estilos de vida) que regulan el disfrute que las personas experimentan.

Definición operacional. La gaudibilidad se midió a través de la Escala de Gaudibilidad (EGP) de Padrós y Fernández (2008). Las opciones de respuesta son de tipo Likert que oscilan de 0 a 4 (0 = Nada de acuerdo; 1 = No muy de acuerdo; 2= Ligeramente

de acuerdo; 3= Bastante de acuerdo y 4 = Totalmente de acuerdo) (Padrós & Fernández, 2008).

8.5. Método

8.5.1. Tipo y diseño de la investigación. Se trata de un estudio de tipo cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y correlacional. Es de diseño no experimental, transversal y correlacional porque evaluó la relación entre las distintas variables de estudio en un solo momento (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

8.5.2. Participantes. Participaron en el estudio 507 alumnos inscritos en alguna de las licenciaturas o ingenierías de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). De los cuales el 56% (286) son mujeres y el 44% (221) son varones con edades entre los 18 y los 24 años, con una media de edad de 20.24 y una desviación estándar de 1.5.

Criterios de inclusión. Alumnos inscritos en cualquier semestre de alguna de las Unidades Académicas de la UAZ, con edades entre los 18 y 24 años y estar dispuestos a participar en el estudio.

Criterios de exclusión. Alumnos con una edad menor o mayor a la establecida.

Criterios de eliminación. Se eliminan los cuestionarios que no están contestados apropiadamente.

8.5.3. Muestra. Se utilizó como marco de muestreo la matrícula inscrita en nivel licenciatura de cada una de las Unidades Académicas de la UAZ durante el ciclo escolar enero-julio 2014, constituida por 20,437 estudiantes. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el software Decision Analyst STATS 2.0, incluido en el CD-ROM del libro de Hernández Sampieri et al. (2010), con los siguientes parámetros: tamaño de la población (20,437), puntos porcentuales máximos de error (5%), nivel porcentual

estimado (50%) y nivel de confiabilidad deseado (95%); se estimó una muestra igual a 377 ($n = 377$).

Enseguida se hizo una selección de las unidades académicas a considerar buscando que en el total de las encuestas, cada unidad estuviera representada proporcionalmente.

En la Figura 3 se ilustran los porcentajes del total de 507 participantes que corresponden a cada una de las 23 unidades académicas visitadas, mostrándose a la derecha de la barra el total de participantes en cada una de las licenciaturas.

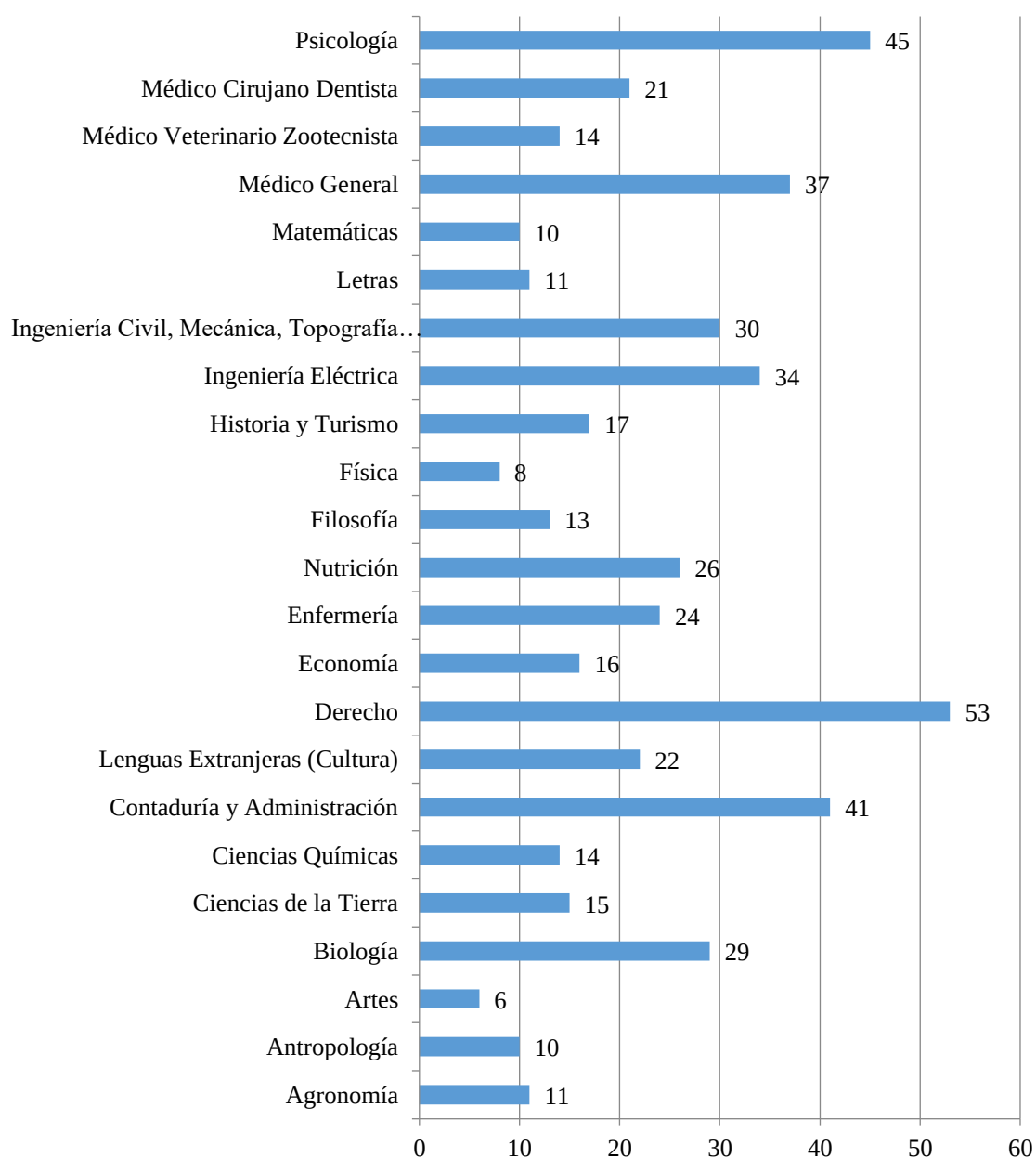
Tabla 7*Cálculo de la muestra utilizada por unidad académica de la UAZ*

Unidad Académica		Cálculo (tamaño de la muestra por el total de alumnos inscritos por unidad académica entre la población total de la UAZ)	Resultado	Analizados
1.-	Agronomía.	$377 \times 620 / 20,437 = 11.4$	11	11
2.-	Antropología.	$377 \times 110 / 20,437 = 2$	2	10
3.-	Artes.	$377 \times 309 / 20,437 = 5.7$	6	6
4.-	Biología.	$377 \times 293 / 20,437 = 5.4$	5	29
5.-	Ciencias de la Tierra.	$377 \times 777 / 20,437 = 14.3$	15	15
6.-	Ciencias Químicas.	$377 \times 1,373 / 20,437 = 25.3$	25	14
7.-	Contaduría y Administración.	$377 \times 1,763 / 20,437 = 32.5$	33	41
8.-	Lenguas Extranjeras (Cultura).	$377 \times 172 / 20,437 = 3.2$	3	22
9.-	Derecho.	$377 \times 3,424 / 20,437 = 63.2$	63	53
10.-	Economía	$377 \times 374 / 20,437 = 6.9$	7	16
11.-	Enfermería.	$377 \times 1,259 / 20,437 = 23.2$	23	24
12.-	Nutrición.	$377 \times 692 / 20,437 = 12.8$	13	26
13.-	Filosofía.	$377 \times 112 / 20,437 = 2.1$	2	13
14.-	Física.	$377 \times 155 / 20,437 = 2.9$	3	8
15.-	Historia y Turismo.	$377 \times 763 / 20,437 = 14.1$	14	17
16.-	Ingeniería Eléctrica: Com. y Elec., Rob. y Mecat., Electr., Comp., Inf. e Ing. de Soft.	$377 \times 1,030 / 20,437 = 19$	19	34
17.-	Ingeniería Civil, Mecánica y Topografía e Hidrografía.	$377 \times 1,507 / 20,437 = 27.8$	28	30
18.-	Letras.	$377 \times 295 / 20,437 = 5.4$	5	11
19.-	Matemáticas.	$377 \times 71 / 20,437 = 1.3$	1	10
20.-	Médico General.	$377 \times 1,437 / 20,437 = 26.5$	27	37
21.-	Médico Veterinario Zootecnista.	$377 \times 710 / 20,437 = 13.1$	13	14
22.-	Médico Cirujano Dentista.	$377 \times 802 / 20,437 = 14.8$	15	21
23.-	Psicología.	$377 \times 2,389 / 20,437 = 44.1$	44	45
Total		377	377	507

Es de hacer notar que al momento de aplicar las encuestas a veces se tenía a un grupo entero de alumnos, y en esos casos se aplicaron las encuestas a todos los voluntarios. En otras ocasiones, no fue posible contar con todos los sujetos calculados puesto que los instrumentos se aplicaron al finalizar el semestre. Así pues, **la muestra es de tipo intencional**, aunque se intentó obtener muestras representativas de acuerdo al

total de alumnos matriculados en cada programa académico respecto al total de cuestionarios a aplicar.

Figura 3. Total de participantes por Unidad Académica



8.5.4. Marco contextual donde se realizó el estudio. México cuyo nombre oficial es Estados Unidos Mexicanos es un país de América, ubicado en la parte meridional de América del Norte. Su capital es la Ciudad de México.

Zacatecas es uno de los 31 Estados que, junto con la Ciudad de México, conforman las 32 entidades federativas de los Estados Unidos Mexicanos, se ubica en la parte centro-norte del país, al noreste de la capital, entre los paralelos $25^{\circ} 09'$ y $21^{\circ} 01'$ de latitud norte y del meridiano $100^{\circ} 48'$ y $104^{\circ} 20'$ de latitud oeste, a una altura media sobre el nivel del mar de 2, 230 metros. El Estado de Zacatecas se divide en 58 municipios con un total de 4,882 localidades (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal [INAFED], 2015).

El Estado de Zacatecas cuenta con una superficie territorial de 75.040 kilómetros cuadrados (décima entidad federativa por su tamaño). Ocupa el 3.83% de la superficie total del país con una densidad de población de 18.13 habitantes por kilómetro cuadrado. La mayor parte del territorio zacatecano está ubicado dentro de una gran región de la Sierra Madre Occidental (INAFED, 2015). Para una referencia gráfica ver la Figura 4.

Figura 4. Ubicación de Zacatecas en México.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Elaboración del mapa: L.G.I. Anel Reza Reza.

El Estado de Zacatecas limita al Norte con el Estado de Coahuila, al Noreste con el Estado de Durango, al Oeste con el Estado de Nayarit, al Este con los Estados de San Luis Potosí y Nuevo León, y al Sur con los Estados de Jalisco, Aguascalientes y Guanajuato.

Según los datos de la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), para el año 2015, la población total del Estado de Zacatecas era de 1'579,209 habitantes (808,841 mujeres y 770,368 hombres).

La ciudad de Zacatecas es la capital del Estado del mismo nombre, su población total para el año 2015 era de 146,147 habitantes (INEGI, 2015). Fue fundada el 8 de septiembre de 1546 a partir del descubrimiento de las ricas minas de plata por el español Juan de Tolosa, y prosperó gracias a la explotación de este metal. En la actualidad es reconocida por su importancia durante la Revolución Mexicana y por sus grandes minas de plata así como por su arquitectura colonial labrada en cantera rosa. Las principales actividades económicas son la minería, la agricultura y el turismo.

En el año de 1993, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés, *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) declaró al Centro histórico de Zacatecas como Patrimonio Cultural de la Humanidad, debido a su traza urbana, riqueza arquitectónica y su historia.

Si bien existen 45 Instituciones de Educación Superior en el Estado de Zacatecas (Universidades de México, 2015) es la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas” la máxima casa de estudios. Actualmente está conformada por distintas Unidades Académicas que están integradas a distintas áreas del conocimiento: *Arte y Cultura*: licenciatura en artes, licenciatura en lenguas extranjeras, licenciatura en música con énfasis en instrumentos y licenciatura en canto. *Ciencias Agropecuarias*: médico veterinario zootecnista e ingeniería en agronomía. *Ciencias Básicas*: licenciatura en física, licenciatura en matemáticas y licenciatura en biología. *Ciencias de la Salud*: licenciatura en enfermería, médico cirujano dentista, médico general, químico farmacéutico biólogo y licenciatura en nutrición. *Ciencias Sociales*: licenciatura en

derecho y licenciatura en psicología. *Ciencias Socio-políticas-económicas y Administrativas*: licenciatura en contaduría y administración y licenciatura en economía. *Humanidades y Educación*: licenciatura en arqueología, licenciatura en filosofía, licenciatura en historia, licenciatura en letras y licenciatura en turismo e *Ingenierías y Tecnologías*: ingeniería en comunicaciones y electrónica, ingeniería de software, ingeniería en diseño industrial, ingeniería en robótica y mecatrónica, ingeniería civil, ingeniería electrónica, ingeniería en computación, ingeniería en geología, ingeniería mecánica, ingeniería en minería y metalurgia, ingeniería química, ingeniería en topografía e hidrografía, licenciatura en ciencias ambientales y químico en alimentos (Universidad Autónoma de Zacatecas [UAZ], 2015).

Las principales actividades que se llevan a cabo en la Universidad son: la docencia, la investigación, la extensión y la gestión académica. Es una institución de carácter público que ofrece sus servicios principalmente a jóvenes zacatecanos, se incluye también a jóvenes de otros Estados de la República Mexicana y de otros países. El modelo académico de dicha institución se basa en un modelo constructivista y por competencias.

8.5.5. Instrumentos

Escala de Recursos Psicológicos o ERP de Rivera-Heredia et al. (2006) y ampliada por Pérez Padilla y Rivera Heredia (2012). Está compuesta por cinco escalas auto aplicables para evaluar los recursos: afectivos, cognitivos, instrumentales, sociales y materiales. Las escalas constan de 4 opciones de respuesta que oscilan de 1 = casi nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces y 4 = casi siempre. Los ítems 10, 13, 18, 40, 43 y 44 se recodifican. En población mexicana las escalas presentan las siguientes características psicométricas:

Recursos afectivos (coeficiente alfa de Cronbach = 0.82), la escala original de recursos afectivos se divide en cuatro dimensiones: autocontrol, manejo de la tristeza, manejo del enojo y recuperación del equilibrio.

Recursos cognitivos (coeficiente alfa de Cronbach = 0.77), la escala original se divide en las siguientes dimensiones: reflexión ante los problemas, creencias religiosas y autoreproches. Posteriormente, Pérez Padilla y Rivera Heredia (2012) agregaron la dimensión de optimismo que presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.68.

Recursos instrumentales (coeficiente alfa de Cronbach = 0.71), consta de una dimensión: habilidades sociales.

Recursos sociales (coeficiente alfa de Cronbach = 0.75), la escala original está compuesta por las siguientes dimensiones: red de apoyo y capacidad para buscar apoyo. Posteriormente, Pérez Padilla y Rivera Heredia (2012) agregaron la dimensión altruismo que presentó una confiabilidad de 0.75.

Recursos materiales (coeficiente alfa de Cronbach = 0.67) tiene una sola dimensión: recursos materiales.

Escala de Gaudibilidad (EGP) de Padrós y Fernández (2008). Mide el nivel de funcionamiento de los moduladores de disfrute; consta de 23 ítems; las personas indican el grado de acuerdo en cada uno de los ítems, donde 0 = nada de acuerdo a 4 = totalmente de acuerdo. La puntuación final se extrae del sumatorio de los 23 ítems. Los ítems 15, 19 y 22 se califican de manera inversa. Los valores pueden oscilar entre 0 y 92. Las puntuaciones elevadas indican una alta gaudibilidad o potencial para disfrutar. Los resultados de la adaptación mexicana realizada por Padrós-Blázquez et al. (2012) muestran que la escala presenta una validez aceptable y adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach entre 0.84 y 0.86), la media de la escala de gaudibilidad es de 65.24 (DT=10.54).

Escala de Estrés Percibido o EEP de Cohen, Kamarak, y Mermelstein (1983), traducción al español hecha por Remor y Carrobles (2001), adaptación mexicana de González Ramírez y Landero Hernández (2007). Mide el grado en que las situaciones de la vida son evaluadas como estresantes. Consta de 14 ítems, tiene 5 opciones de respuesta, donde nunca = 0 y muy a menudo = 4. Se invierte la puntuación en los ítems; 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. Se puede aplicar a personas con edad igual o mayor a 18 años. También se puede aplicar en edades inferiores siempre y cuando haya garantías de comprensión. Los resultados indican una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0.83).

Cuestionario Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU-yo) de Pulido Rull et al. (2011). Evalúa las siguientes áreas de la conducta sexual: presencia o ausencia de la actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos, sexo bajo condiciones de riesgo (sexo casual y sexo bajo la influencia de sustancias psicoactivas), historia sexual y consecuencias de la actividad sexual. La versión del SSEU que se aplicó consta de 17 reactivos básicos (impares) más otros 17 reactivos (pares) que preguntan cada uno sobre la frecuencia con la que ocurre lo que cada reactivo impar cuestiona; además hay una última pregunta abierta que hace referencia al número de parejas sexuales que se han tenido a la fecha. El formato de respuesta varía según el grupo al que pertenezcan las preguntas. En el primer grupo las preguntas (impares) evalúan la ocurrencia de la conducta: por ejemplo “¿Ha tenido relaciones sexuales?”, y va seguida de distintas opciones de respuesta basadas en distintos períodos de tiempo: últimos 30 días, últimos 12 meses, alguna vez y nunca. En el segundo grupo (preguntas pares), se recaba información sobre la frecuencia del comportamiento (por ejemplo: tres o más veces por semana, dos veces por semana, etc.). Presenta índices adecuados de confiabilidad

psicométrica en población mexicana (coeficiente alfa de Cronbach = 0.815) (Pullido Rull et al., 2011, Pulido Rull et al., 2013).

Las Preguntas CARLOS/CRAFFT (Carro, Amigos, Relajarse, Líos, Olvidado, Solo / Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) de Knight et al. (2002). Se utilizó la versión oficial al español. Consiste en un instrumento de cribado que permite identificar adolescentes en riesgo de abuso de sustancias. Consta de 6 ítems. Sin embargo, el instrumento presenta dos secciones: una para rápido tamizado consistente en tres preguntas y otra de diagnóstico consistente en seis preguntas. Las de diagnóstico son las que se consideran. El formato de respuesta es dicotómico (Si o No). Si se responde que no a los primeros 3 ítems de tamizado (A1, A2, A3) se debe responder solamente el primero de los 6 ítems de diagnóstico (B1). Si se responde que sí a cualquiera de los 3 ítems de tamizado se deben responder los 6 ítems de diagnóstico (B1 a B6). En caso de responder de forma negativa (no) se le asigna un puntaje de cero, mientras que a una respuesta afirmativa (sí) se le asigna un puntaje de uno. Para evaluar el instrumento se suman los puntajes de los 6 ítems de diagnóstico. Una puntuación mínima de 0 o 1 respuestas afirmativas se considera como punto de corte (indicativa de ausencia de riesgo de consumo problemático de sustancias). Puntajes iguales o mayores a 2 sugieren la presencia de consumo abusivo (Clark et al., 2010). Los resultados del estudio psicométrico en estudiantes universitarios zacatecanos muestra que el instrumento CARLOS/CRAFFT presentó una consistencia interna aceptable, calculada mediante el alfa de Cronbach ($\alpha = 0.73$). El análisis ROC muestra que el mejor puntaje de corte fue de 2 puntos, sensibilidad de 0.85 y especificidad de 0.73. Se considera un instrumento válido y confiable para identificar jóvenes en riesgo de abuso de sustancias en población zacatecana. En el estudio realizado en estudiantes zacatecanos se obtuvo un alfa de 0.73, la información psicométrica más detallada se ubica en el capítulo 7.

Rendimiento académico. Para medir esta variable se utilizó el promedio general del alumno. Se expresa en una escala de 5 a 10 donde 6 es el punto suficiente de aprobación.

Datos sociodemográficos y adscripción académica. Tiene como objetivo recabar información sobre características sociodemográficas del participante como la edad, el sexo, el programa académico en el que está inscrito y el semestre que cursa.

8.6. Procedimiento

8.6.1. Levantamiento de datos. Para la aplicación de los instrumentos, se solicitó y obtuvo el permiso de cada uno de los Directores de las Unidades Académicas de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Se acudió a cada salón al inicio de la hora de clases y se obtuvo la autorización del docente en turno para la aplicación. Se procedió a explicar detalladamente a los estudiantes los objetivos del estudio. Se especificó el carácter anónimo y confidencial de los datos aportados. Se aseguró que la información proporcionada era para fines únicos y exclusivos de investigación. Se les informó de la importancia de responder de forma verídica y completa a las distintas cuestiones planteadas. Quienes decidieron participar lo hicieron de forma voluntaria. Dado el carácter de la investigación y el tipo de información recabada, el consentimiento para participar en el estudio fue de tipo verbal. En la aplicación de los instrumentos, se optó por la técnica del cuestionario autoadministrado. Se aplicaron de forma colectiva y sin límite de tiempo, oscilando el tiempo de respuesta entre 35 minutos y una hora. Una vez que se tenían contestados los instrumentos los alumnos los metían dentro del sobre-bolsa que se les entregó, lo cerraban y lo regresaban al encuestador. A todos se les agradeció por su participación en el estudio. El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente: ERP, EGP, EEP, SSEU, CARLOS/CRAFFT y la ficha de datos generales. El cuadernillo conformado por los instrumentos figura en el Apéndice B.

8.6.2. Análisis Estadístico. Para el análisis estadístico se utilizaron los siguientes programas para Windows: SPSS 21; AMOS 21 y Excel 2013.

Análisis univariante. Una vez que se concluyó con el levantamiento de los datos, se procedió a la captura de los mismos en el programa SPSS 21. Con el objetivo de depurar la base de datos y detectar posibles errores llevados a cabo durante su captura, se utilizaron técnicas de análisis univariante. Para las variables de tipo cualitativo, se calculó la distribución de frecuencias de cada variable. En el caso de las variables de tipo cuantitativo se calcularon algunos estadísticos descriptivos como el máximo y el mínimo con el fin de comprobar que todas las respuestas se situaban dentro de los valores posibles. Cuando se detectaban anomalías o errores se procedía a identificar el cuestionario al que pertenecían y, una vez verificada la respuesta, se hacía la corrección.

Estadística descriptiva. A continuación se procedió a obtener algunos datos descriptivos de la muestra y de las variables en estudio. Con éste objetivo se utilizaron los siguientes estadísticos: indicadores de tendencia central (moda, mediana y media) e indicadores de dispersión (desviación estándar, mínimo y máximo).

Consistencia interna. Después se procedió a examinar la consistencia interna de los instrumentos empleados y, según la estructura del instrumento para cada una de las subescalas que lo conforman, se utilizó el estadístico alfa de Cronbach. Para interpretar el resultado alfa de Cronbach se siguió la recomendación de Oviedo y Campos-Arias (2005) la cual dice que el valor mínimo aceptable es de 0.70; si el resultado está por debajo de éste el valor indica que la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Mientras que el máximo valor esperado es de 0.90; si el valor es mayor a ésta cifra se considera que hay redundancia, es decir, varios ítems miden lo mismo.

Coefficiente de correlación r de Pearson. Con el objetivo de conocer la posible relación entre las variables de estudio, su intensidad (fuerte, moderada o débil) y dirección se hizo uso del coeficiente de correlación r de Pearson.

Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE). Se probó un modelo de relación entre las variables en estudio mediante sistemas de ecuaciones estructurales que permita explicar la relación que existe entre los recursos psicológicos, la gaudibilidad, el rendimiento académico, el estrés y las conductas de riesgo.

Para considerar el ajuste global del modelo, nos basamos en los valores propuestos por Byrne (2010), que se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8*Índices de bondad de ajuste*

Índices de ajuste	Criterio de ajuste de modelo	Nivel aceptable	Interpretación
Índices de ajuste absoluto	Chi cuadrada = CMIN DF (CMIN/DF) = χ^2/gl	Valor de tablas de la χ^2/gl menor a 3	Comparar el valor de χ^2 con el valor de tablas dado por los grados de libertad (gl).
	Goodness-of-fit index (GFI)	0 (no ajusta) a 1 (ajuste perfecto)	Valor cercano a .90 o .95 refleja un buen ajuste.
	Adjusted GFI (AGFI)	0 (no ajusta) a 1 (ajuste perfecto)	Valor ajustado por gl, con .90 o .95 un buen ajuste de modelo.
	Root-mean square residual (RMR)	El investigador define el nivel	Indica la cercanía de Σ a la matriz S.
Índices de ajuste incremental	Standardized RME (SRMR)	<.05	Valores menores a .05 indican un buen ajuste del modelo.
	Root-mean-square error of approximation (RMSEA)	<.05 a .08	Valores entre .05 a .08 indica ajuste cercano.
	Tucker-Lewis Index (TLI)	0 (no ajusta) a 1 (ajuste perfecto)	Valores cercanos a .90 o .95 reflejan un buen ajuste del modelo.
	Normed fit index (NFI)	0 (no ajusta) a 1 (ajuste perfecto)	Valores cercanos a .90 o .95 reflejan un buen ajuste del modelo.
	Comparative-fit-index (CFI)	0 (no ajusta) a 1 (ajuste perfecto)	Valores cercanos a .90 o .95 implican un buen ajuste del modelo.
	Incremental-fit-index (IFI)	0 (no ajusta) a 1 (ajuste perfecto)	Valores cercanos a .90 o .95 se refieren a un buen ajuste del modelo.

8.6.3. Consideraciones éticas. El estudio se llevó a cabo de acuerdo a los artículos: 1, 8, 15, 16, 17, 18, 25, 36, 47, 49, 60, 122 y 139 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Capítulo 9. Resultados

El esfuerzo de encontrar una relación entre los diferentes constructos teóricos, a saber, rendimiento académico, conductas de riesgo, estrés, recursos psicológicos y gaudibilidad, debe estar guiado en principio por la teoría, razón por la cual los capítulos puramente teóricos se encuentran en la primera parte de este trabajo. Sin embargo, los descubrimientos empíricos que se hacen gracias a la aplicación de instrumentos psicológicos deben también proveer información útil que pueda servir para prevenir distintas problemáticas psicosociales así como intervenir de manera oportuna y adecuada.

9.1. Estadísticas descriptivas

Para conocer como se comporta la muestra en estudio, se presentan algunas estadísticas descriptivas de cada uno de los instrumentos empleados.

La Tabla 9 presenta los descriptivos del promedio, la gaudibilidad, el estrés percibido y el consumo de sustancias psicoactivas con el fin de verificar su distribución en la muestra.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos básicos de las variables en estudio

Estadístico	Mínimo	Máximo	Media	D.T.	Moda	Mediana
Promedio	6	10	8.18	0.78	8	8
EGP	23	91	62.51	12.02	66	63
EEP	2	50	23.34	7.61	28	23
CARLOS	0	6	1.84	1.70	0	1

Nota: Los acrónimos utilizados son EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós), EEP (Escala de Estrés Percibido) e instrumento CARLOS (CRAFFT).

En relación al rendimiento académico, los resultados indican que la calificación que más se repitió fue 8 (bien). Cincuenta por ciento de los estudiantes está por encima de 8.18 lo que significa que la mitad de los estudiantes tiene buena calificación.

El nivel de gaudibilidad exhibido por los estudiantes tiende a ser elevado, como lo indican los resultados. El rango real de la escala es de 0 a 92. El rango resultante para este estudio varió de 23 a 91. Por lo tanto es evidente que los participantes se inclinaron hacia valores elevados en la medida de gaudibilidad. Además, la media de los participantes es de 62.51 y la mediana de 63, lo cual confirma la tendencia de la muestra hacia valores altos de la escala a pesar de que la dispersión de las puntuaciones de los estudiantes es considerable (la desviación estándar es igual a 12.2 y el rango es de 68).

El nivel de estrés percibido reportado por los participantes tiende a ser regular como lo indican los resultados. El rango real de la escala iba de 0 a 56. El rango resultante para este estudio varió de 2 a 50. Por lo tanto, es evidente que los estudiantes se inclinaron hacia valores medios en la medida de estrés percibido. Además, la media de los participantes es de 23.34 y la mediana de 23, lo cual confirma la tendencia de la muestra hacia los valores medios de la escala a pesar de que la dispersión de las puntuaciones de los sujetos es considerable (la desviación estándar es igual a 7.61 y el rango es de 48).

En lo que se refiere al instrumento CARLOS (CRAFFT) la respuesta que más se repitió fue de 0. Cincuenta por ciento de los estudiantes está por encima de 1 lo que significa que la mitad de los estudiantes contestó a los dos valores de ausencia de riesgo de consumo problemático de sustancias. Lo anterior va de acuerdo con que en promedio, los participantes se ubican en 1.84 (consumo de no riesgo), desviados en promedio de ese dato 1.70 unidades de la escala según la desviación estándar.

En relación a las conductas sexuales de riesgo, los resultados indicaron que el 46.7 % de la población encuestada ha tenido sexo sin protección; el 3.9 % ha tenido un embarazo no deseado; el 1.6 % ha tenido un aborto; el 24.9 % ha tenido sexo estando evidentemente intoxicado por el alcohol o por drogas; el 1.6 % ha tenido enfermedades sexualmente transmitibles y el 1.8 % ha participado en sexo en grupo.

Por último, los recursos instrumentales (las habilidades sociales) promediaron más alto, es decir, son los recursos que en promedio son más frecuentes en los estudiantes, obteniendo un puntaje redondeado de 3.5 en la escala de Likert utilizada que fluctúa entre cero y cuatro. Los recursos cognitivos, sociales y materiales empataron en un mismo puntaje de 2.9. Finalmente, los recursos afectivos fueron los menos frecuentes en la muestra, promediando un puntaje de 2.6.

9.2. Análisis de confiabilidad de los instrumentos

Los resultados del análisis de confiabilidad alfa de Cronbach indican que cada uno de los instrumentos de medida presenta índices aceptables que garantizan la fiabilidad de las escalas utilizadas. La Tabla 10 muestra los índices alfa de Cronbach de cada uno de los instrumentos.

Tabla 10

Índices Alfa de Cronbach

Instrumento	Alfa de Cronbach
ERP	0.79
ERP_RA	0.36
ERP_RC	0.75
ERP_RI	0.79
ERP_RS	0.56
ERP_RM	0.61
EGP	0.86
EEP	0.83
SSEU	0.82
CARLOS/CRAFFT	0.72

Nota: Los acrónimos utilizados son ERP (Escala de Recursos Psicológicos), EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós), EEP (Escala de Estrés Percibido), SSEU (Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios) y CARLOS (CRAFFT).

9.3. Coeficiente de correlación r de Pearson para los puntajes totales de las escalas

Se realizaron análisis de correlaciones bivariadas de los puntajes totales obtenidos de la suma de todos los reactivos que componen a cada una de las escalas empleadas:

ERP, EGP, EEP, SSEU y CARLOS (CRAFFT) para ver el grado de asociación que hay entre ellas. Se puede observar en los resultados (ver Tabla 11) que seis correlaciones significativas resultaron de muy bajas a moderadas en la muestra total. Tres de las cuatro correlaciones negativas corresponden a la variable de promedio académico. La correlación mayor positiva es aquella entre la conducta sexual de riesgo (SSEU) y el consumo de sustancias psicoactivas (CARLOS/CRAFFT), mientras que la correlación mayor negativa corresponde a la gaudibilidad (EGP) y al estrés percibido (EEP). La Figura 5 ilustra sólo las correlaciones que son significativas (al nivel 0.01 y 0.05).

Tabla 11

Correlaciones bivariadas para los puntajes totales de las escalas

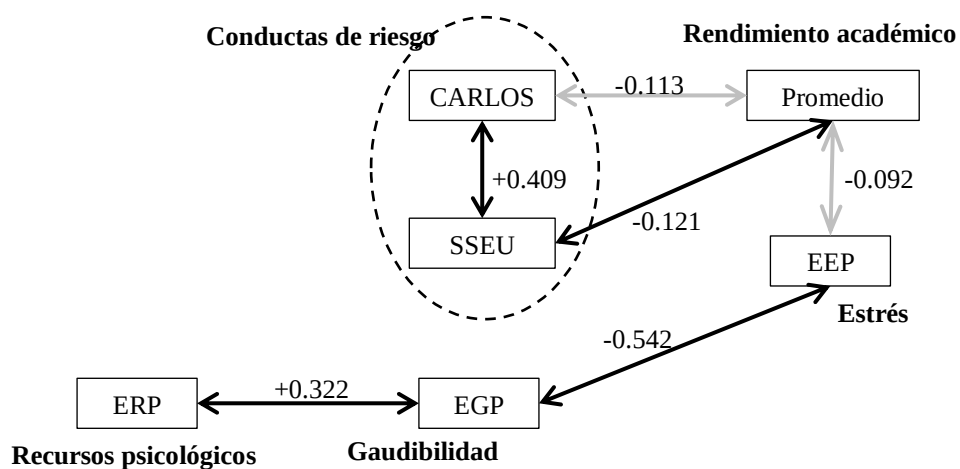
Escala	Promedio académico	ERP	EGP	EEP	SSEU
ERP	0.085				
EGP	0.038	0.322**			
EEP	-0.092*	-0.044	-0.542**		
SSEU	-0.121**	-0.001	0.046	-0.018	
CARLOS	-0.113*	0.022	0.052	0.047	0.409**

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Nota: Los acrónimos utilizados se describen en la sección de acrónimos del estudio empírico al inicio de la tesis.

Figura 5. Modelo de las correlaciones bivariadas



Nota: Las flechas dobles negras se refieren a correlaciones significativas al nivel 0.01 (bilateral). Las flechas dobles grises se refieren a correlaciones significativas al nivel 0.05 (bilateral).

9.4. Análisis de los resultados obtenidos

Con base en los resultados obtenidos del análisis de correlación r de Pearson es posible ver si se aceptan o se rechazan las hipótesis planteadas en la sección 8.3.2. Así se encuentra en la Tabla 12 que:

Tabla 12*Aceptación o rechazo de hipótesis*

H1:	“Los recursos psicológicos y la gaudibilidad se relacionan positivamente”.
Resultado:	$r = 0.322$ $s \text{ o } p = 0.01$
Interpretación:	Se acepta la hipótesis de investigación en el nivel de 0.01. La correlación entre los recursos psicológicos y la gaudibilidad es baja y positiva.
H2:	“Los recursos psicológicos y el rendimiento académico se relacionan positivamente”.
Resultado:	$r = 0.085$ $s \text{ o } p = 0.57$
Interpretación:	Se rechaza la hipótesis. El coeficiente no es significativo.
H3:	“Los recursos psicológicos y el estrés se relacionan negativamente”.
Resultado:	$r = -0.044$ $s \text{ o } p = 0.326$
Interpretación:	Se rechaza la hipótesis. El coeficiente no es significativo.
H4:	“Los recursos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan negativamente”.
Resultado:	$r = 0.022$ $s \text{ o } p = 0.614$
Interpretación:	Se rechaza la hipótesis. El coeficiente no es significativo.
H5:	“Los recursos psicológicos y las conductas sexuales de riesgo se relacionan negativamente”.
Resultado:	$r = -0.001$ $s \text{ o } p = 0.989$
Interpretación:	Se rechaza la hipótesis. El coeficiente no es significativo.
H6:	“La gaudibilidad y el rendimiento académico se relacionan positivamente”.
Resultado:	$r = 0.038$ $s \text{ o } p = 0.388$
Interpretación:	Se rechaza la hipótesis. El coeficiente no es significativo.
H7:	“La gaudibilidad y el estrés se relacionan negativamente”.
Resultado:	$r = -0.542$ $s \text{ o } p = 0.000$
Interpretación:	Se acepta la hipótesis de investigación en el nivel de 0.01. La correlación entre la gaudibilidad y el estrés es moderada y negativa.
H8:	“La gaudibilidad y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan negativamente”.
Resultado:	$r = 0.052$ $s \text{ o } p = 0.247$
Interpretación:	Se rechaza la hipótesis. El coeficiente no es significativo.
H9:	“La gaudibilidad y las conductas sexuales de riesgo se relacionan negativamente”.
Resultado:	$r = 0.046$ $s \text{ o } p = 0.306$
Interpretación:	Se rechaza la hipótesis. El coeficiente no es significativo.

Sin embargo, al hacer correlaciones de cada una de las escalas que conforman la Escala de Recursos Psicológicos (ERP) con el total de las variables en estudio, se

encontraron nuevas asociaciones. Se puede observar en la Tabla 13, que 11 correlaciones con intensidades de muy bajas a moderadas son significativas en la muestra total. Tres de las cuatro correlaciones negativas corresponden a la variable estrés percibido (EEP). La correlación mayor positiva es aquella entre los recursos instrumentales (ERP_RI) y la gaudibilidad (EGP), mientras que la correlación mayor negativa corresponde a los recursos instrumentales (ERP_RI) y al estrés percibido (EEP).

Tabla 13

Correlaciones bivariadas entre las escalas de la ERP y las otras variables en estudio

Escala	Promedio Académico	EGP	EEP	SSEU	CARLOS/CRAFFT
ERP_RA			0.318**		
ERP_RC	0.131**	0.316**	-0.108*	-0.128**	
ERP_RI		0.503**	-0.378**		
ERP_RS		0.141**	0.100*		
ERP_RM		0.286**	-0.306**		

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Nota: Los acrónimos utilizados son ERP (Escala de Recursos Psicológicos), ERP_RA (Recursos Afectivos de la ERP), ERP_RC (Recursos Cognitivos de la ERP), ERP_RI (Recursos Instrumentales de la ERP), ERP_RS (Recursos Sociales de la ERP), ERP_RM (Recursos Materiales de la ERP), EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós), EEP (Escala de Estrés Percibido), SSEU (Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios) y CARLOS (CRAFFT).

Al hacer correlaciones de cada una de las dimensiones de las distintas escalas de la ERP con los totales de los demás instrumentos (EGP, EEP, SSEU, CARLOS/CRAFFT y rendimiento académico), se encontraron nuevas asociaciones y otras relaciones que están respaldadas por la teoría (ver Tabla 14).

Tabla 14*Correlaciones bivaridas entre las dimensiones de la ERP y las otras variables en estudio*

Subescala o Dimensión	Promedio Académico	EGP	EEP	SSEU	CARLOS/CRA FFT
ERP_RA_AC	0.106*	0.454**	-0.562**		
ERP_RA_MT		-0.282**	0.544**		
ERP_RA_ME		-0.230**	0.358**		0.153**
ERP_RA_RE		0.356**	-0.250**		
ERP_RC_RP	0.181**	0.384**	-0.373**	-0.103**	
ERP_RC_CR				-0.125**	-0.090*
ERP_RC_AR		-0.264**	0.538**		0.112*
ERP_RC_O		0.483**	-0.415**		
ERP_RI_HS		0.486**	-0.337**		
ERP_RS_RAP		0.241**	-0.128**		
ERP_RS_IBA		-0.332**	0.410**		
ERP_RS_A		0.387**	-0.197**		
ERP_RMT		0.286**	-0.396**		0.089**

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

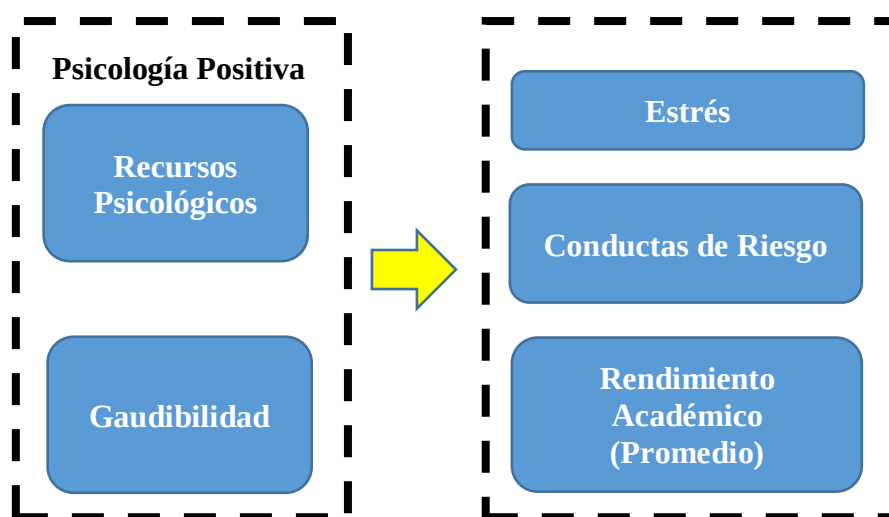
Nota: Los acrónimos utilizados se describen en la sección de acrónimos del estudio empírico al inicio de la tesis.

Nótese en la Tabla 12 que la ERP de manera general sólo correlacionó de manera positiva y significativa con la gaudibilidad. Sin embargo, al hacer correlaciones de cada una de las dimensiones que componen las cinco escalas que conforman la ERP, se observa en la Tabla 14 que en cada una de ellas hay asociaciones significativas ya sea positivas o negativas. Se puede observar que 32 correlaciones con intensidades de muy bajas a moderadas son significativas en la muestra total. La mayoría de las correlaciones negativas corresponden a la variable estrés percibido (EEP). La correlación mayor positiva es aquella entre el manejo de la tristeza (ERP_RA_MT) y el estrés percibido (EEP), mientras que la correlación mayor negativa corresponde al autocontrol (ERP_RA_AC) y el estrés percibido (EEP).

9.5. Modelo general de ecuaciones estructurales para todas las variables

Los recursos psicológicos y la gaudibilidad pueden ser considerados parte de la psicología positiva debido a la manera en la que son definidos y abordados. En esta sección, los recursos psicológicos y la gaudibilidad son considerados variables independientes, mientras que el estrés, las conductas de riesgo y el rendimiento académico son considerados variables dependientes (ver Figura 6).

Figura 6. Posibles relaciones entre las variables

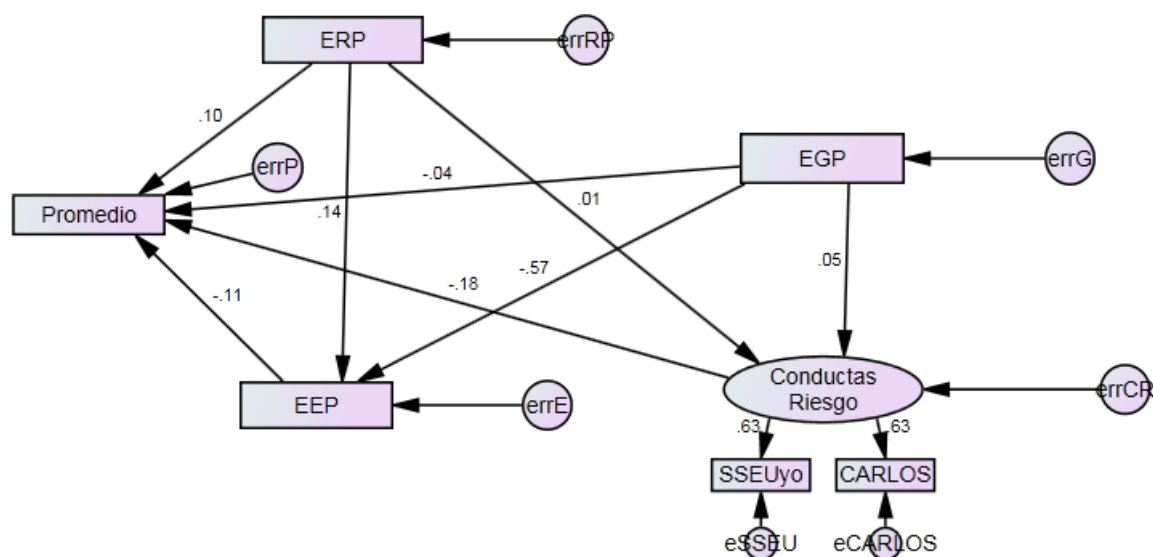


Se sugiere un Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) que refleja esta situación teórica. Se busca que el promedio quede como consecuencia (sea resultado) de las otras variables, para así poder considerar la existencia de algún tipo de intervención psicológica que pueda hacerse en estrés, conductas de riesgo, recursos psicológicos y/o gaudibilidad, a fin de afectar al promedio.

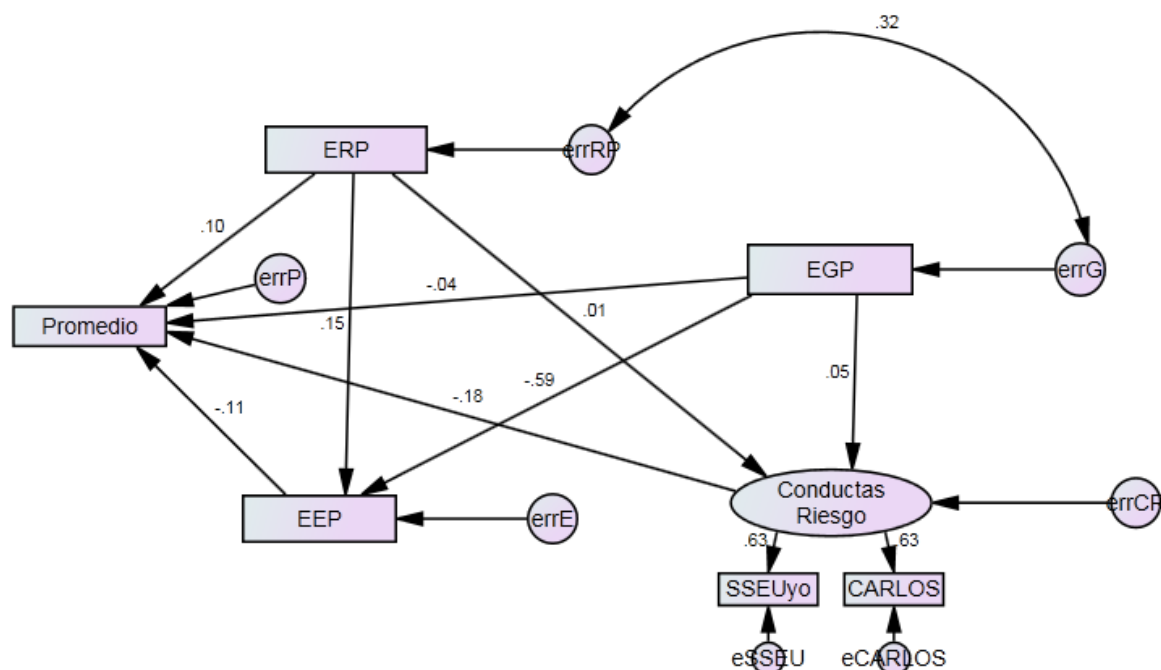
En este modelo, las variables con acrónimos son ERP (Escala de Recursos Psicológicos), EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós), EEP (Escala de Estrés Percibido), SSEU (Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios), CARLOS (CRAFFT),

errRP (error de los recursos psicológico), errG (error de la gaudibilidad), errE (error del estrés), errCR (error de las conductas de riesgo), errP (error del promedio), eSSEU (error del SSEU) y eCARLOS (error del CARLOS).

Figura 7. Modelo 1



Se observa que el MEE construido (llamado Modelo 1 en la Figura 7) no tiene buen ajuste. Así pues, se revisan los resultados del AMOS (índices de modificación) y se observa que debe existir una covarianza (correlación) entre recursos psicológicos y gaudibilidad. En el Modelo 1 ajustado se introduce dicha correlación (ver Figura 8).

Figura 8. Modelo 1 ajustado

Obsérvese que la relación causal entre EGP y promedio (-0.04), entre EGP y conductas de riesgo (0.05) y entre ERP y conductas de riesgo (0.01) no son lo suficientemente elevadas. Por lo tanto, se eliminan y se construye el Modelo 2 mostrado en la Figura 9. El ajuste de este modelo es excelente.

Sin embargo, el modelo de la Figura 9 presenta una inconsistencia respecto al esquema teórico mostrado en la Figura 6. Dicha inconsistencia consiste en que las conductas de riesgo aparecen como variables independientes respecto al promedio. A efectos de eliminar dicha inconsistencia, se eliminan las conductas de riesgo del modelo de la Figura 9, lo que resulta en el modelo consistente de la Figura 10.

La Tabla 15 indica los índices de bondad y ajuste más relevantes para los modelos construidos (Modelo 1, Modelo 1 ajustado, Modelo 2 y Modelo consistente) y los criterios para dichos índices de bondad y ajuste.

Figura 9. Modelo 2.

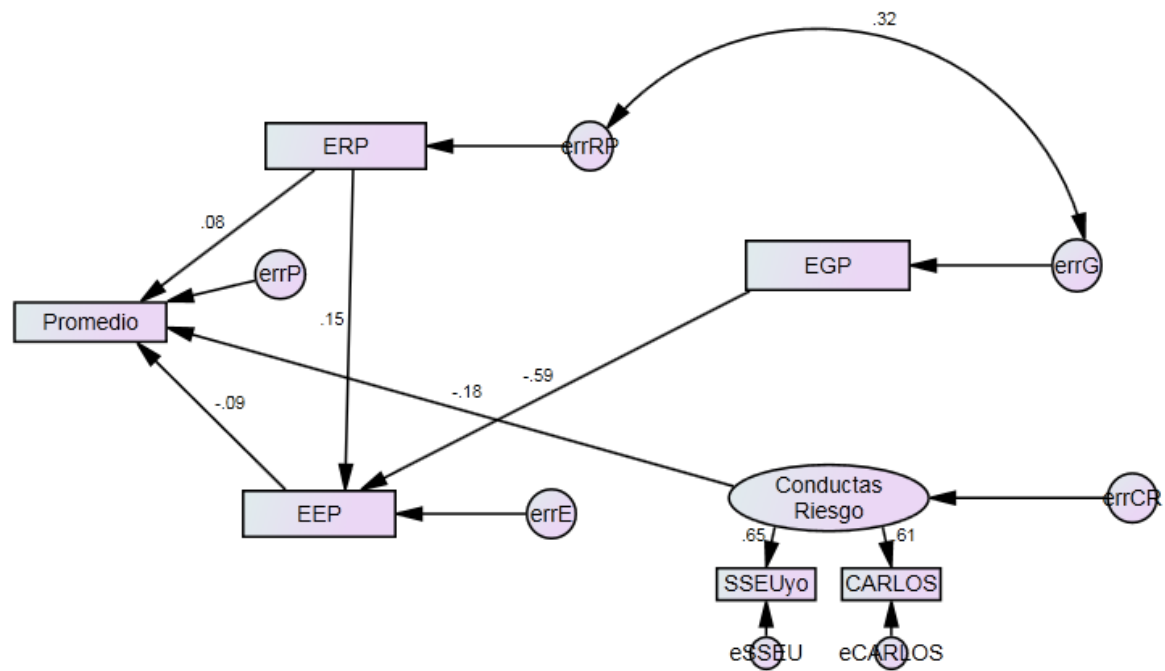


Figura 10. Modelo consistente (modelo final).

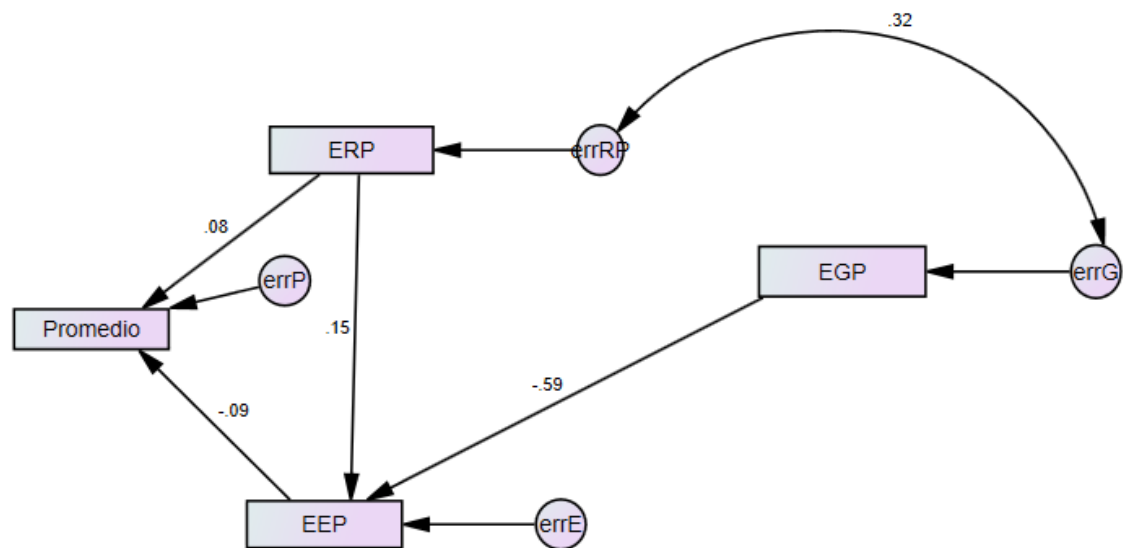


Tabla 15*Bondad de Ajuste para los modelos construidos*

Modelo o Criterio	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	TLI	NFI	IFI
Modelo 1	12.320	0.963	0.844	0.835	0.150	0.504	0.828	0.839
Modelo 1 ajustado	1.537	0.996	0.979	0.994	0.033	0.976	0.983	0.976
Modelo 2	1.091	0.995	0.985	0.998	0.013	0.996	0.979	0.998
Modelo consistente	1.044	0.999	0.990	1.000	0.009	0.999	0.996	1.000
Ajuste Moderado	< 3	> 0.90	> 0.90	> 0.90	< 0.08	> 0.90	> 0.90	> 0.90
Ajuste Estricto	< 3	> 0.95	> 0.95	> 0.95	< 0.05	> 0.95	> 0.95	> 0.95

Los recursos psicológicos afectan directa y positivamente al promedio y al estrés percibido. El estrés afecta al promedio negativamente. La gaudibilidad se relaciona con el estrés de manera negativa, de forma tal que un aumento en gaudibilidad tiende a disminuir el estrés, lo que a su vez tiende a aumentar el promedio.

DISCUSIÓN

Capítulo 10. Discusión y conclusiones

La finalidad de este trabajo fue estudiar la relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo en estudiantes de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), México.

El primer objetivo planteado en esta tesis fue estudiar la relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad. La primera hipótesis afirmaba que los recursos psicológicos y la gaudibilidad se relacionan positivamente. Los resultados indican que hay una correlación positiva baja entre ambos constructos, con lo cual se acepta la primera hipótesis. Si bien no existen estudios que evalúen la relación entre los recursos psicológicos y la gaudibilidad, existe evidencia empírica sobre el nivel de gaudibilidad en otras poblaciones (Padrós Blázquez & Fernández Castro, 2008; Padrós Blázquez, Martínez-Medina, & Cruz García, 2011; Padrós Blázquez et al., 2012), así como distintos estudios que evalúan los recursos psicológicos (Morán Astorga & Schulz, 2008; Pressman & Cohen, 2005; Rivera Heredia & Pérez Padilla, 2012; Rivera Heredia et al., 2006; Rivera Heredia et al., 2007) lo que nos sugería la posible relación entre ambos constructos.

Para tener una idea general sobre cuáles dimensiones de la escala de recursos psicológicos se relacionan con la gaudibilidad, se llevaron a cabo correlaciones bivariadas. En este sentido, se observa que el autocontrol, el optimismo y las habilidades sociales se asocian positiva y moderadamente con la gaudibilidad.

Estudios realizados con estudiantes universitarios han identificado que recursos como el autocontrol se encuentran en menor medida en jóvenes que han intentado suicidarse (Rivera Heredia & Andrade Palos, 2006), que presentan vulnerabilidad cognitiva a la depresión (Hermosillo de la Torre, 2012, citado en Rivera Heredia y Pérez Padilla, 2012, p. 11) y en jóvenes con familiares migrantes directos (Rivera Heredia et al., 2012).

En relación al optimismo distintos estudios muestran que las personas optimistas tienen conductas más saludables y experimentan menor estrés percibido (Baldwin et al., 2003; Huan et al., 2006), así como menor angustia después de un evento negativo (Carver & Scheier, 2002) y afrontan de forma más efectiva el estrés (Rabelo & Neri, 2005) favoreciendo la elección de estrategias de afrontamiento (Moran Astorga & Schultz, 2008).

En cuanto a las habilidades sociales, la literatura científica indica que son un medio de protección y de promoción de la salud (Lacunza & Contini, 2011).

Todo lo anteriormente expuesto indica que los recursos psicológicos son factores de protección psicológica que se asocian de forma positiva con la salud y el bienestar (Morán Astorga & Schultz, 2008). De manera similar, la gaudibilidad se asocia positivamente con variables protectoras de la salud mental como la afectividad positiva y el bienestar psicológico (Padrós Blázquez et al., 2012). Nótese en el presente estudio, que los resultados mostraron una asociación positiva entre recursos psicológicos y gaudibilidad. Por lo tanto, se podría considerar o concebir a la gaudibilidad como un tipo de recurso psicológico, y esta sea una posible razón por la cual están correlacionadas ambas variables.

El segundo objetivo hace referencia a estudiar la relación entre recursos psicológicos y rendimiento académico. La segunda hipótesis afirmaba que los recursos psicológicos y el rendimiento académico se relacionan positivamente. Los resultados indican que no existe asociación entre ambas variables.

Al hacer la correlación por cada una de las escalas de los recursos psicológicos, se observa que la escala de recursos cognitivos es la única que se asoció de forma positiva pero débil con el rendimiento académico. Por otro lado, se llevaron a cabo correlaciones entre cada dimensión de los recursos psicológicos y el rendimiento académico. A

diferencia de otros estudios que indican que el autocontrol se asocia de forma positiva con mayor participación en clase y con mejor desempeño académico (Honken & Ralston, 2013; Loftin et al., 2005) los resultados del presente estudio indican una relación positiva muy baja entre rendimiento académico y autocontrol, siendo estos resultados muy similares a lo reportado por Luna Tascón et al. (2013) quienes no hallaron correlación entre autocontrol y desempeño académico. Si bien los resultados deben tomarse con cautela, es posible que los resultados arrojados en el presente estudio se deban a que el rendimiento académico puede requerir de habilidades distintas a las evaluadas con la escala de autocontrol de la ERP, como, por ejemplo, habilidades intelectuales, habilidades cognitivas, estrategias de aprendizaje, etcétera. Además, debe considerarse que los estudios previamente citados emplearon distintas escalas para evaluar el autocontrol.

De igual forma, se observó una correlación positiva muy baja entre el rendimiento académico y la reflexión ante los problemas. Al observar cada uno de los reactivos que conforman la subescala: reflexión ante los problemas, podría considerarse que los estudiantes respondieron con base a lo socialmente esperado o aceptado, puesto que socialmente se espera que los estudiantes universitarios reflexionen y analicen cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.

Ambos resultados no eran los esperados, puesto que existe evidencia empírica que destaca el peso de los recursos internos o personales del alumno sobre el rendimiento académico (Arancibia et al., 1999; Garbanzo Vargas, 2007).

El tercer objetivo consiste en estudiar la relación entre recursos psicológicos y estrés percibido. La tercera hipótesis afirmaba que los recursos psicológicos y el estrés percibido se relacionan negativamente. Los resultados indican que no hay asociación entre ambos constructos. Sin embargo, en el análisis realizado de cada una de las dimensiones de los recursos psicológicos se observan hallazgos que son coherentes con

la literatura. El estrés percibido correlacionó de forma negativa y moderada con el optimismo (Baldwin et al., 2003; Carver & Scheier, 2002; Huan et al., 2006; Juárez García et al., 2016; Scheier & Carver, 1987) y con el autocontrol (Ghorbani et al., 2014). Cabe señalar que la operacionalización del autocontrol y el optimismo en los estudios citados no son iguales a la empleada en el presente estudio. No obstante, podría decirse que miden una parte del mismo constructo.

Por otro lado, los aspectos negativos de los recursos psicológicos (dificultad en el manejo de la tristeza, autoreproches e incapacidad para buscar ayuda) correlacionaron positiva y moderadamente con el estrés percibido. Estos resultados eran de esperarse, puesto que un estudio previo que usó la misma ERP empleada en el presente estudio, indicó que estudiantes universitarios con alta y baja vulnerabilidad cognitiva a la depresión mostraron tener menor autocontrol, recuperación del equilibrio y dificultades para pedir ayuda (Hermosillo de la Torre, 2012, citado en Rivera Heredia & Pérez Padilla, 2012, p. 11).

Los hallazgos del presente estudio parecen asentir que el optimismo influye en las evaluaciones del estrés percibido. Carver y Scheier (2002) sostienen que las personas optimistas tienden a estar menos enfocados en los aspectos negativos de su experiencia, sus emociones de angustia y sus síntomas físicos.

Los objetivos cuarto y quinto pretenden conocer la relación entre los recursos psicológicos y las conductas de riesgo (consumo de sustancias psicoactivas y conductas sexuales de riesgo) respectivamente. La cuarta hipótesis afirmaba que los recursos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan negativamente, mientras que la quinta hipótesis afirmaba que los recursos psicológicos y las conductas sexuales de riesgo se relacionan negativamente. Los resultados de ambas hipótesis indican que no hay asociación entre las variables estudiadas. Por lo tanto, los resultados

encontrados no era lo que se esperaba puesto que en previos estudios, los recursos psicológicos se han asociado de forma negativa con algunas conductas de riesgo para la salud, por ejemplo, el intento suicida (Rivera Heredia & Andrade Palos, 2006) y las conductas alimentarias de riesgo (Pintor-Sánchez; 2010 citado en Rivera Heredia & Andrade Palos, 2006, p. 11).

Sin embargo, el análisis realizado a cada una de las dimensiones de los recursos psicológicos, muestra que el consumo de sustancias psicoactivas se asoció positivamente, aunque de forma muy débil, con los siguientes aspectos negativos de los recursos psicológicos: dificultades en el manejo del enojo y autoreproches. También se observó que el consumo de sustancias psicoactivas correlacionó negativamente y de forma muy débil con las creencias religiosas.

En lo que se refiere a las conductas sexuales de riesgo, se observó una correlación negativa muy débil con la reflexión ante los problemas. Si bien los resultados deben tomarse con cautela, se considera que son similares a los hallazgos reportados en otro estudio donde se encontró una asociación positiva y significativa entre la impulsividad (que es opuesta a la reflexión) y algunas conductas sexuales de riesgo como la edad de inicio de la actividad sexual y el número de parejas sexuales (Esteban & Tabernero, 2011).

En el presente estudio también se observó una relación negativa muy débil entre las conductas sexuales de riesgo y las creencias religiosas. De manera similar, Pullido Rull et al. (2013) observaron una correlación inversa entre religiosidad y conducta sexual de riesgo. Štulhofer et al. (2011) hallaron que cuando las jóvenes son religiosamente educadas disminuye la probabilidad de haber iniciado la actividad sexual a edad temprana.

En resumen, nuestros datos parecen sugerir que el desarrollo de los recursos psicológicos positivos es importante para prevenir distintas conductas de riesgo. Al parecer las creencias religiosas son un tipo de recurso cognitivo que se asocia de forma negativa con las conductas de riesgo.

El sexto objetivo hace referencia a estudiar la relación entre gaudibilidad y rendimiento académico. La hipótesis afirmaba que la gaudibilidad y el rendimiento académico se relacionan positivamente. Sin embargo, los resultados indican que no hay correlación. Se esperaba encontrar relación positiva entre ambos constructos puesto que factores como la competencia cognitiva, la motivación, las atribuciones causales, la percepción de control, la autoeficacia, el bienestar psicológico, entre otros, han mostrado ser factores que influyen en el rendimiento académico (Garbanzo Vargas, 2007) y en cierto sentido, estos factores son similares a algunas de las características que constituyen los moduladores de la gaudibilidad como lo son la imaginación, la capacidad de concentración, mostrar interés por las cosas o por lo que se hace, la capacidad de forjarse retos, el estilo atribucional y la organización personal (Padrós Blázquez & Fernández Castro, 2008).

El séptimo objetivo consistió en estudiar la relación entre gaudibilidad y estrés. La séptima hipótesis afirmaba que la gaudibilidad y el estrés se relacionan negativamente. Los resultados confirmaron la hipótesis. Se halló que hay una relación negativa y moderada entre ambos constructos. Los datos obtenidos parecen ser congruentes con la relación hallada por Padrós Blázquez et al. (2012) entre el nivel de gaudibilidad y el nivel de afecto negativo y la presencia de síntomas depresivos.

El octavo objetivo planteado pretende conocer la relación entre la gaudibilidad y el consumo de sustancias psicoactivas. La octava hipótesis sostenía que la gaudibilidad y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan negativamente. Los resultados

obtenidos indican que no hay relación. Por su parte, Padrós Blàzquez, Martínez-Medina, González-Ramírez et al. (2011) observaron un bajo nivel de gaudibilidad en pacientes con trastorno por dependencia de sustancias. Nótese que si bien los autores mencionados evaluaron el trastorno por dependencia que se caracteriza por una incontenible necesidad de consumir las sustancias psicoactivas, en el caso del presente estudio, se evaluó el riesgo de consumo de alcohol y drogas.

El noveno objetivo se refiere a estudiar la relación entre gaudibilidad y la conducta sexual de riesgo. Los resultados indicaron que no hay correlación entre ambos constructos. En el presente estudio se esperaba observar una relación negativa entre la gaudibilidad y la conducta sexual arriesgada en virtud de que a la gaudibilidad se la ha asociado de manera positiva con variables protectoras de la salud como lo son el afecto positivo, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida (Padrós Blàzquez et al., 2012).

Por último, se elaboró un MEE que nos brindara más luz acerca de la relación entre las variables en estudio. Dicho modelo sugiere que los recursos psicológicos afectan directa y positivamente al promedio y al estrés percibido. El estrés percibido y las conductas de riesgo afectan al promedio negativamente. La gaudibilidad se relaciona con el estrés de manera negativa, de forma tal que un aumento en gaudibilidad tiende a disminuir el estrés, lo que a su vez tiende a aumentar el promedio.

Para finalizar, los resultados observados en las correlaciones revelan que los recursos psicológicos se relacionan positivamente con los moduladores del disfrute (gaudibilidad), lo que sugiere que la gaudibilidad pueda ser considerada como un tipo de recurso psicológico. Además la relación negativa entre la gaudibilidad y el estrés percibido sugiere que la gaudibilidad actúa como factor protector del estrés.

En conclusión, el presente estudio sugiere que la gaudibilidad puede ser un tipo de recurso psicológico que funge como factor protector ante el estrés percibido.

10.1. Limitaciones

Si bien se utilizaron instrumentos de autoinforme válidos, confiables y adaptados a nuestro medio, se asume un posible sesgo por las creencias, la autopercepción y la deseabilidad social de los participantes. Algunas variables que pudieron haber presentado un efecto en la deseabilidad social de los estudiantes pertenecen a los ítems que evalúan la conducta sexual de riesgo. Es necesario señalar que en el Estado de Zacatecas una gran cantidad de sus habitantes se caracterizan por ser muy conservadores, por lo que es posible que los participantes en el estudio no hayan sido del todo honestos en las preguntas relacionadas con su actividad sexual y eso haya influido en los resultados no esperados. Otra posible explicación pudo deberse a un efecto de cansancio en los estudiantes, relacionado con la extensión de la batería de pruebas, que estaba conformada por 145 ítems más las preguntas de datos generales.

Otra limitación es el grado de subjetividad de la calificación como medida del rendimiento académico, puesto que el profesor es quien determina la calificación a través de sus propios criterios (Page et al., 1990). Tampoco se cotejó la calificación reportada por el alumno con la reportada en el departamento escolar, o bien si se trataba de alumnos repetidores de cursos.

No se hicieron diferencias de grupo, según el tipo de calificación promedio, para después correlacionar cada categoría (excelente, muy bien, bien, regular, suficiente, insuficiente) con cada una de las variables de estudio.

Otra de las limitaciones presentadas consiste en que la escala de gaudibilidad de Padrós es unifactorial, por lo que no se pudo estudiar la relación entre cada uno de los moduladores del disfrute con todas las variables en estudio.

Algo a considerar en la presente tesis lo constituye el tipo de muestra utilizada, que en este caso fue por conveniencia y el tipo de población estudiada: alumnos universitarios, por lo que no se pretende generalizar los resultados obtenidos.

10.2. Sugerencias

Generar conocimientos de variables que aludan a los aspectos positivos de las personas tales como los recursos psicológicos y la gaudibilidad, puede favorecer la salud y el bienestar a través de la prevención de diversos problemas psicosociales que pueden presentarse en distintas áreas de la vida.

Los resultados del presente estudio pueden ser de utilidad para elaborar algunas intervenciones enfocadas al desarrollo positivo de los jóvenes desde el contexto educativo que estén orientadas al desarrollo de un programa de intervención para incrementar el nivel de gaudibilidad y de los recursos psicológicos con la finalidad de reducir el estrés y las conductas de riesgo y mejorar el rendimiento académico.

Actualmente, se está elaborando la escala de gaudibilidad para niños y adolescentes (EGNA) (Padrós-Blazquez & Martínez-Medina, 2016) que manifiesta diferentes factores. Sería interesante que una vez que se tenga dicha escala, se hiciera un estudio longitudinal en estudiantes donde se evalúe el nivel de gaudibilidad y el rendimiento académico. En el caso de que se corroborara la relación de algunos factores de la gaudibilidad con el rendimiento académico, sería pertinente llevar a cabo una intervención en gaudibilidad en aquellos que manifiesten bajo rendimiento y bajo nivel de gaudibilidad, para después valorar si con la intervención hubo o no mejoría en el rendimiento académico. El contar con un elevado nivel de gaudibilidad podría favorecer el disfrute en tareas como un mayor interés por la información ofrecida en las clases, así como mayor facilidad para seguirlas por la concentración.

También se sugiere hacer un estudio longitudinal que valore el nivel de gaudibilidad y la conducta sexual arriesgada. De forma posterior, hacer intervención en gaudibilidad en las personas que manifiesten conducta de riesgo. Por último, evaluar nuevamente la relación entre gaudibilidad y conducta sexual de riesgo para observar si hubo cambios y de qué forma este tipo de intervención puede servir en la creación de programas de prevención de este tipo de conductas y contribuir para que el adolescente se desarrolle en un ambiente positivo y saludable.

Sería de interés hacer un estudio que evalúe la asociación entre el nivel de gaudibilidad, el tipo de consumo de sustancias psicoactivas y las expectativas de los jóvenes hacia su consumo, en virtud de que algunos jóvenes usan este tipo de sustancias con el objetivo de experimentar cierto tipo de goce y/o disfrute y algunos otros para evadir una situación.

También se sugiere realizar distintos estudios correlacionales entre los recursos psicológicos y la gaudibilidad en diversas poblaciones con el fin de observar si son consistentes los resultados aquí mencionados.

Para otros estudios se sugiere considerar otros indicadores del rendimiento académico como las competencias o habilidades adquiridas, además de emplear otro tipo de escalas que evalúen otro tipo de recursos que en el presente estudio no fueron evaluados, como el autoconcepto, la autoestima, la autoeficacia, la motivación, la competencia cognitiva, etc.

Por último, también es de interés conocer si los aspectos negativos de los recursos psicológicos como el manejo del enojo y el autoreproche causan el consumo de sustancias psicoactivas o viceversa.

Referencias

- Abu-Ghazaleh, S. B., Rajab, L. D., & Sonbol, H. N. (2011). Psychological stress among dental students at the university of Jordan. *Journal of Dental Education*, 75(8), 1107-1114.
- Adès, J. & Lejoyeux, M. (2004). *Semiología de las conductas de riesgo*. Recuperado de <http://www.em-consulte.com/es/article/44974/conductas-de-riesgo>.
- Aguirre González, M., Castro Meline, M., & Adasme Carreño, A. (2009). Factores que inciden en el rendimiento escolar en Chile. *Centro de Estudio de Opinión Ciudadana. Universidad de Talca*, 2(4), 1-3.
- Aiken, L. R. (2003). *Test psicológicos y evaluación (10ª ed.)*. México: Pearson Educación.
- Al-Ali, M. M., Singh, A. P., & Smekal, V. (2011). Social anxiety in relation to social skills, aggression, and stress among male and female commercial institute students. *Education*, 132(2), 351-362.
- Alcántara Eguren, A., Cuétara Priede, C., Pérez Saleme, J., & Pulido Rull, M. A. (2011). Consumo de drogas y alcohol en universidades privadas de dos ciudades mexicanas. *Psicología y Salud*, 21(1), 39-46.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anguiano Serrano, S. A., Vega Valero, C. Z., Nava Quiroz, C., & Soria Trujano, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *LIBERABIT*, 16(1), 17-26.
- Arancibia, C., V., Herrera P. P., & Strasser, S. K. (1999). *Psicología de la educación*. (2da. Ed.). México: Alfaomega.
- Argibay, J. C. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(1), 13-29.
- Arias Gallegos, W. L. (2015). Conducta prosocial y psicología positiva. *Av. Psicol* 3(1), 36-47.
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Aspy, C. B., Vesely, S. K., Oman, R. F., Tolma, E., Rodine, S., Marshall, L., & Fluhr, J. (2012). School-related assets and youth risk behaviors: alcohol consumption and sexual activity. *Journal of School Health*, 82(1), 3, 10.
- Astin, A. W. & Astin, H. S. (2004). Study reveals influences of college on students' spiritual and religious development. Recuperado de http://spirituality.ucla.edu/docs/news/release_college_experience.pdf
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. Suiza: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias.

- Baldwin, D. R., Chambliss, L. N., & Towler, K. (2003). Optimism and stress: an african –american college student perspective. *College Students Journal*, 37(2), 276-285.
- Banco Mundial (2013, 20 de noviembre). *Las conductas de riesgo constituyen una amenaza creciente para la salud mundial*. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/11/20/risky-behaviors-growing-threats-global-health>.
- Barraza Macías, A. (2005). *Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior* (Monografía en Internet). México: Universidad de Durango. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/>
- Barrios Gaxiola, M. I. & Frías Armenta, M. (2016). Factores que influyen en el desarrollo y rendimiento escolar de los jóvenes de bachillerato. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 63-82.
- Batson, C. D., Ahmad, N., Lishner, D. A., & Tsang, J. (2002). Empathy and Altruism. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology*. (pp.485-498). New York: Oxford University Press.
- Benţea, C. C. (2014). Motivations for alcohol use in late adolescence and educational strategies of intervention. *Procedia – Social and Behavioral Science*, 128, 186-191.
- Berger, K. S. & Thompson, R. A. (1998). *El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia* (4ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bermúdez Quintero, S. B., Durán Ortiz, M. M., Escobar Alvira, C., Morales Acosta, A., Monroy Castaño, S. A., Ramírez Álvarez, A., Ramírez Hoyos, J., Trejos Valdés, J. L., Castaño Castrillón, J. J., & González Peña, S. P. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina. *Med UNAB*, 9(3), 198-205.
- Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Laget, J., Stephan, P., & Halfon, O. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use*, 10(6), 385-395. DOI: 10.1080/14659890412331333050.
- Bertini, M. C., Busaniche, J., Baquero, F., Eymann, A., Krauss, M., Paz, M., & Catsicaris, C. (2014). Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescents argentinos. Recuperado de http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2015/AO_Bertini_antipipo_12-2-15.pdf
- Bértola, D. (2010). Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina Universitaria*, 12(47), 142-143.
- Bowlin, S. L. & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52, 411-415.
- Brasini, M. (2009). *Le risorse in ambito psicologico*. Recuperado de www.psiconet.it/collabora/profilo-utente/userprofile/Maurizio%20Brasini.html.
- Brock University (2010). *Eustress vs distress*. Recuperado de <http://brocku.ca/health-services/health-education/stress/eustress-distress>.

- Brougham, R., Zail, C., Mendoza, C., & Miller, J. (2009). Stress, sex difference, and coping strategies among college students. *Current Psychology*, 28(2), 85.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Bruner, C. A., Acuña, L., Gallardo, L. M., Atri, R., Hernández, A., Rodríguez, W., & Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(2), 253-269.
- Brynie, F. (2009). *Depression and anhedonia*. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/brain-sense/200912/depression-and-anhedonia>.
- Buceta Fernández, J. M. & Bueno Palomino, A. M. (2002). Estrés, redimiento y salud. En J. M. Buceta Fernández, A. M. Bueno Palomino, & B. Mas García (Eds.) *Interacción psicológica y salud: control de estrés y conductas de riesgo* (pp. 19-56). Madrid: Editorial Dykinson.
- Butler, G. (1993). *Definitions of stress*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560943/?page=1>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications and Programming* (2nd Edition). Routledge, Taylor & Francis Group: New York, NY.
- Cabanach, R. G., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 3(1), 75-87.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005*. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Campos-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista Salud Pública*, 10(5), 831-839. DOI: 10.1590/s0124-00642008000500015.
- Cantú, R., Alegre, J., Martínez, O., Chávez, M., Arellano, S., Saucedo, C., Talamantes, J., & Landero, R. (2010). Satisfacción con la vida, comunicación con padres y estrés percibido en jóvenes universitarios del Noreste de México. *Summa Psicológica UST*, 7(2), 83-92.
- Carballo, J. L., García Sánchez, G., Jáuregui Andújar, V., & Sáenz Moya, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Salud y Drogas*, 9(1), 79-92.
- Cardozo, G., Dubini, P. M., Ardiles, R. A., Fantino, I. V., Saracho, M. V., Ferreiro, M. I., Herrera, N. C., Lucero, M. F., Constantino, M. G., Fidelio, L., & Warner Hernández, G. J. (2012). En IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX, Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carters, M. A. & Byrne, D. G. (2013). The role of stress and area-specific self-esteem in adolescent smoking. *Australian Journal of Psychology*, 65, 180-187. DOI: 10.1111/ajpy.12019.

- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002). Optimism. En C. R. Snyder, S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology*. (pp. 231-243), New York: Oxford University Press.
- Castañón-Gómez, J. R. (1991). *Emoción y estrés*. Bolivia: Instituto Europeo de Neurociencias-Roma.
- Castiello D'Antonio, A. (2016). *La psicología positiva*. Recuperado de <http://www.castiellodantonio.it/la-psicologia-positiva>
- Castro Meline, M. (26 de abril de 2009). Deprivación sociocultural y bajo rendimiento escolar “la profecía auto-cumplida”. *Diario El Centro*, pp.16-17. Recuperado de www.ceoc.cl.
- Castro Solano, A. (comp.) (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). *STD trends in the United States*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/stats11/trends-2011.pdf>
- Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A. C. [CENEVAL] (2016). *Acerca del examen CENEVAL*. Recuperado de http://www.uach.mx/academica_y_escolar/fichas/2008/10/10/examen_ceneval/
- Chóliz, M. (2002). Motivos secundarios II. Conducta de ayuda y agresión. En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (eds). *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 253-285). Madrid: McGraw-Hill.
- Clark, D. B., Gordon, A. J., Ettaro, L. R., Owens, J. M., & Moss, H. B. (2010). Screening and brief intervention for underage drinkers. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(4), 380-391. DOI: 10.4065/mcp.2008.0638.
- Cohen S. & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Association for Psychological Science*, 15(3), 122- 125.
- Concha, D., Bilbao, M .A., Gallardo, I., Páez, D.; & Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud & Sociedad*, 3(2), 115-129.
- Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes [CONAPRA] (2014). *Conoce las 10 principales causas de muerte de México en 2013*. Recuperado de: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/2014/03/31/1092349/conoce-10-principales-causas-muerte-mexico-2013.html>.
- Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la psicología positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 9, 45-63.
- Cook, R. L., Chung, T., Kelly, T. M., & Clark, D. B. (2005). Alcohol screening in Young persons attending a sexually transmitted disease clinic comparison of AUDIT, CRAFFT and CAGE instruments. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 1-6. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.40052.x
- Corona, H. F. & Peralta V. E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Medica Clínica Los Condes*, 22(1), 68-75. DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70394-7
- Coronel, C. P., Levin, M., & Mejail, S. (2011). Las habilidades sociales en adolescentes tempranos de diferentes contextos socioeconómicos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(23), 241-261.

- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J. Appl. Psychol*, 78, 98-104.
- Cote-Menendez, M., Uribe-Isaza, M. M., & Prieto-Suárez, E. (2013). Validación para Colombia de la escala Crafft para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Revista de Salud Pública* 15(2), 220-232.
- Cuevas Renaud, C. & Alejo Martínez, A. (2010). *Validez y fiabilidad de medidas de exposición y medición*. México: UNAM, Recuperado de <http://www.psicol.unam.mx/Investigacion2/pdf/SENSIBILIDAD%20Y%20ESPECIFICIDAD.pdf>
- Cummins, L. H., Chan, K. K., Burns, K. M., Blume, A. W., Larimer, M., & Marlatt, G. A. (2003). Validity of the CRAFFT in American-Indian and Alaska-Native adolescents: screening for drug and alcohol risk. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 727-32. DOI: 10.15288/jsa.2003.64.727.
- Davidson, K. W. Mostofsky, E., & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: the Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31(9), 1065-70. DOI:10.1093/eurheartj/ehp603.
- De Miguel, P. (2014). Enseñanza de las habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 17-26.
- Delle Fave, A. (2007). *La condivisione del benessere. Il contributo de la psicologia positiva*. Milano: Franco Angeli.
- Dhalla, S., Zumbo, B. D., & Poole, G. (2011). A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Current Drug Abuse Review*, 4(1), 57-64. DOI: 10.2174/1874473711104010057.
- Díaz Martínez, A., Díaz Martínez, L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro Robles, J., Fernández Varela, H., & Solís Torres, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*, 31(4), 271-282.
- Díaz, D., Rodríguez Carvajal, R., Blanco, A., Moreno Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (03), 572-577.
- Díaz-Cárdenas, S., Arrieta Vergara, K., & González Martínez, F. (2014). Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena, Colombia, 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 65(1), 22-31.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resource, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935. DOI: org/10.1037/0022-3514.68.5.926.
- Domínguez Soto, L. & Díaz González, J. M. (2008). *Enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/ago_01_ponencia.html.
- Drug Info (abril, 2003). *Drugs and their effects*. Recuperado de <http://health.ninemsn.com.au/family/familyhealth/689830/drugs-and-their-effects>.

- Drug Info (mayo, 2014). *Drug and alcohol information for PDHPE students*. Recuperado de <http://guides.sl.nsw.gov.au/content.php?pid=383178&sid=3160739>.
- Duarte Alarcón, C., Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., Lema Soto, L. F., & Tamayo Cardona, J. A. (2012). Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(1), 92-104.
- Durlak, J. (2010, Mayo, 6). EI 2009 Joseph Durlak (Plenary) Lecture/Conferencia de Joseph Durlak IE2009. [Archivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ySTGZmXJ2qA>
- Echavarri, M., Godoy, C., & Olaz, F. (2007). Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 6(2), 319-329.
- Edel Navarro, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 1(2), 1-15.
- Eman, S., Dogar, I. A., Kalid, M., & Haider, N. (2012). Gender differences in test anxiety and examination stress. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 9(2), 85-90.
- Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] (2011). *Drogas ilícitas*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf.
- Espada Sánchez, J. P., Quiles Sebastián, M. J., & Méndez Carrillo, F. J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 85, 29-36.
- Esteban, A. & Tabernero, C. (2011). Relationship between impulsiveness and deviant behavior among adolescents in the classroom: age and sex differences. *Psychological Reports*, 109(3), 703-717.
- Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2009). The moderating effect of trait meta-mood and perceived stress as life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 47(2), 116-121.
- Fata, A. (2004). La psicología positiva: una intruduzione. *Psico-Pratika*, 10, 1-5. Recuperado de <http://www.humantrainer.com/articoli/fata-psicologia-positiva.PDF>
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & de Pablo, J. (2008). Relaciones entre el estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Fernández Hernández, A. (2015). *Seguridad vial: optimismo, controlabilidad y el creciente papel de la mujer en la conducción* (Tesis de grado). Universidad de Salamanca, España. Recuperado de: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/126716/1/TFG_FernandezHernandezA_Seguridadvial.pdf
- Fernández Varela, F. V. (2011). *Deserción escolar y conductas de riesgo en adolescentes*. Recuperado de:

<http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/1214166//archivo>.

- Fernández-Abascal, E. G. (S.F.). *Emociones positivas, psicología positiva y bienestar*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/117038578/Emociones-positivas-psicologia-positiva-y-bienestar>.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2005). *Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el Caribe*. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf).
- Forcada Mier, P., Pacheco Murguía, A. S., Pádua Mendoza, E., Pérez Palacios Rodríguez, P. Todd Flores, N. A., & Pulido Rull, M. A. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46.
- Gable, S. L & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. DOI: 10.1037/1089-2680.9.2.103
- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25(2), 227-240.
- Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 362-374.
- Garbanzo Vargas, G. M. (2007). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de la educación superior pública. *Educación*, 31(1), 43-63.
- García Fernández, J. M., Martínez Monteagudo, M. C., & Inglés, C. J. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 63-76.
- García Reza, C. (2001). Factores sociales y su asociación con el comportamiento sexual de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual. *Ciencia Ergo Sum*, 8(2), 162-168.
- García, A. & Herrbach, O. (2006). *Relations entre états affectifs, tensions de rôle et implication*. Recuperado de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00558026/>
- García-Ros, R., Pérez-González, F., Pérez-Blasco, J., & Natividad, L. A. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Farhadi, M., & Chen, Z. (2014). A multi-process model of self-regulation: influences of mindfulness, integrative self-knowledge and self-control in Iran. *Int J Psychol*, 49(2), 115-122. DOI: 10.100/ijop.12033
- Gibbons, C., Dempster, M. & Moutray, M. (2008). Stress and eustress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 282-90. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04497.x.
- Gómez Delgado, Y. A., Muñoz Rosero, D. M., Benavides Martínez, J. C., Luna Tascón, E. G., & Ortiz Delgado, L. A. (2013). Conducta de elección bajo paradigma de

- autocontrol y desempeño académico en una situación grupal. *Revista CES Psicología*, 6(2), 105-116.
- Gómez Sánchez, D., Oviedo Marín, R., & Martínez López, E. I. (2011). Factores que influyen en el rendimiento académico del estudiante universitario. *Tecnociencia Chihuahua*, V (2), 90-97.
- González Anaya, J. A. (2014). *México, primer lugar de OCDE en embarazos de adolescentes*. Recuperado de: <http://www.informador.com.mx/mexico/2014/550467/6/mexico-primer-lugar-de-ocde-en-embarazos-de-adolescentes.htm>.
- González Carballido, L. G. (2001). Sin determinado stress no se puede mejorar el rendimiento deportivo. *Revista de Educación Física y Deportes* [seriada en línea]. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd37/stress.htm>
- González de Rivera, J. L. (1991). Factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad. *Monografías de psiquiatría*, III(3), 1-5. Recuperado de http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/91_A093_15.pdf.
- González Ramírez, M. T. & Landero Hernández, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González Ramírez, M. T. & Landero Hernández, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(1), 7-18.
- González, A. J. (1988). Indicadores del rendimiento escolar: relación entre pruebas objetivas y calificaciones. *Revista de Educación*, (287), 31-54.
- González, B. (2013). *Policonsumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de: <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-policonsumo.pdf>.
- González-Forteza, C., Andrade Palos, P. & Jiménez Tapia, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 20(1), 27-35.
- Gross, R. D. (2004). *Psicología: la ciencia de la mente y de la conducta*. (3ra. Ed.). México: El Manual Moderno.
- Guerra, N. G. & Bradshaw, C. P. (2008). Linking the prevention of problema behaviors and positive youth development: Core competencies for positive youth development and risk prevention. En N. G. Guerra & C. P. Bradshaw (Eds.), *Core competencies to prevent problem behaviors and promote positive youth development*. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, 1-17.
- Gutiérrez Olvera, S. & Montañez Moya, G. S. (2012). Análisis teórico sobre el concepto de rendimiento escolar y la influencia de factores socioculturales. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 9. Recuperado de http://www.ride.org.mx/docs/publicaciones/09/practica_educativa/Sandra_Gutierrez_Olvera-Gloria_Silviana_Montanez_Moya.pdf.
- Hanley, J. A. & McNeil, B. J. (1982). The Meaning and Use of the Area under a Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve. *Radiology*, 143(1), 29-36. DOI: 10.1148/radiology.143.1.7063747.

- Helm, H. W., McBride, D. C., Knox, D., & Zusman, M. (2009). The influence of a conservative religion on premarital sexual behavior of university students. *North American Journal of Psychology*, 11(2), 231-245.
- Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio Muro, M. A., Méndez-Sánchez, C., Palacios Salas, P., & Sahagún Padilla, M. A. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria. Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(NE-2), 52-56. DOI: 10.15174/au.2015.900
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, C. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. Edición). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández Zamora, Z. E. & Cruz Juarez, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 18(2), 227-236.
- Herrera Santi, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hidalgo Vicario, M. I. & Redondo Romero, A. M. (2007). Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios, *Evidencias en Pediatría*, 3(3), 1-6.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213-221.
- Honken, N. B. & Ralston, P. A. S. (2013). High-achieving high school students and not so high-achieving college students. A look at lack of self-control, academic ability, and performance and college. *Journal of Advanced Academics*, 24(2), 108-124. DOI: 10.1177/1932202X13482466
- Huan, V. S. Yeo, L. S., Ang, R. P., & Chong, W. H. (2006). The influence of dispositional optimism and gender on adolescents perception of academic stress. *Adolescence*, 41(163), 533-546.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2015). *Cuentame de México... información para niños y no tan niños..* Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/zac/default.aspx?tema=me&e=32>
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal [INAFED] (2015). *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México: Zacatecas.* Recuperado de <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM32zacatecas/index.html>
- Issler, J.R. (2001). *Embarazo en la adolescencia.* Recuperado de: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescent and young adulthood. *J. Public Health*, 34(1), 31-40, DOI: 10.1093/pubmed/fdr113.
- Jacobson, L. T. & Burdsal, C. A. (2012). Academic performance in middle school: friendship influences. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 2(3), 1-12.
- Jacquett Toledo, N. Perdomo, M., & Velázquez, G. (2012). Estrés, autoestima, motivación, hábitos de estudio y rendimiento académico de universitarios de la

- carrera de odontología. En *Congreso Internacional de Investigación Científica de la Universidad de Riberão Preto/USPI*, Brasil.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*, 12, 597-605.
- Juárez García, D. M., Landeros Hernández, R., González Ramírez, M. & Jaime Bernal, L. (2016). Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 103-112.
- Kadzikowska-Wrzošek, R. (2012). Perceived stress, emotional ill-being and psychosomatic symptoms in high school students: the moderating effect of self-regulation competences. *Archives of Psychiatry and Psychoterapy* 3, 25-33.
- Kahneman, D. Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.) (1999). *Well being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kalina, O., Geckova, A. M., Jarcuska, P., Orosova, O., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Psychological and behavioural factors associated with sexual risk behaviour among sollovak students. *BMC Public Health*, 9, 15-24.
- Kandemir, H., Aydemir, Ö, Ekinci, S., Selek, S., Kandemir, S. B., & Bayazit, H. (2015). Validity and reliability of the Turkish versión of CRAFFT substance abuse screening test among adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1505-1509. DOI:1021.47/NDT.S82232.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang. G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives on Pediatric and Adolescent Medicine*, 156(6), 607-614. DOI: 10.1001/archpedi.156.6.607.
- Kotzé, M. & Niemann, R. (2013). Psychological resource as predictors of academic performance of first year students in higher education. *Acta Académica*, 45(2), 85-121.
- Kračmarová, L., Klusoňová, H., Petrelli, F., & Grappasonni, I. (2011). Tobacco, alcohol and ilegal substances: experiences and attitudes among Italian university students. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(5), 513-518. DOI: 10.1590/s104-42302011000500009.
- Krauskopf, D. (1995). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Madrid: Organización Iberoamericana de la Juventud.
- Kupriyanov, R. & Zhdanov, R. (2014). The eustress concept: problems and outlooks. *World Journal of Medical Sciences*, 11(2), 179-185.
- Lacunza, A. B. & Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, XII(23), 159-182.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984/1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Lecomte, J. (2009). *Introduction à la psychologie positive*. Paris: Dunod.
- Linage-Rivadeneira, M. & Lucio-Gómez-Maqueo, M. E. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 4(1), 55-66, DOI: 10.5460jbhsi.v4.1.32971.

- Loftin, R. L.; Gibb, A. C.; & Skibba, R. (2005). *Using self-monitoring strategies to address behavior and academic issues*. Recuperado de <https://ici.umn.edu/products/impact/182/over6.html>
- López Larrosa, S. & Rodríguez-Arias Palomo, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- López Rosales, F. & Moral de la Rubia, J. (2001). Sexo, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. *Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio*, 16, 207-220.
- Luna Tascón, E. G., Gómez Jojoa, J. A., & Lasso Belalcazar, T. J. (2013). Relación entre desempeño académico y autocontrol. *Plumilla Educativa* 11, 199-219.
- Maharaj, R. G., Nunes, P., & Renwick, S. (2009). Health risk behaviours among adolescents in the English-speaking Caribbean: a review. *Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health*, 3(10), 1-12, DOI: 10.1186/1753-2000-3-10
- Malbergier, A., Donola Cardoso, L. R., Abrantes do Amaral, R., & Vitor Santos, V. C. (2012). Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 16-23. DOI: org/10.1590/S1516-44462012000100005
- Manzano Díaz, M. (2007). *Estilos de aprendizaje, estrategias de lectura y su relación con el rendimiento académico en la segunda lengua*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperada de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1494/1/1665366x.pdf>.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la psicología positiva. Análisis desde una historiografía crítica. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 12, 9-22.
- Marr, J. N. (1999). The interrelationship between the use of alcohol and other drugs: overview for drug court practitioners. Office of Justice Programs Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project, American University. Washington, D. C. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/178940.pdf>.
- Martín, M. & Grau Abalo, J. A. (2007). Instrumentos para el estudio del estrés y el afrontamiento. En F. M. González Llana (Ed.). *Instrumentos de evaluación psicológica* (pp. 217-261). Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez Díaz, E. S. & Díaz Gómez, D. A. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 10(2), 11-22.
- Martínez González, A. E., Inglés Saura, C. J., Piqueras Rodríguez, J. A., & Ramos Linares, V. (2010). Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(1), 111-138.
- Martínez González, A. E., Inglés Saura, C., Piqueras Rodríguez, J. A., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2010). Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 28(1), 74-84.
- Martínez Martí, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258.

- Matthews, K. A., Gallo, L. C., & Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1186, 146-173. DOI:10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x.
- Miri, M., Farahani, H., Shahyad, S., Asadi, M., Shiralipour, A., Barghi, I., & Adab, E. (2011). Prediction of Drug Abuse oriented Perceived Educational Styles. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 864-867.
- Mitchell, S. G., Kelly, S. M., Gryczynski, J., Myers, C. P., O'Grady, K.E., Kirk, A. S., & Schwartz, R. P. (2014). The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a re-evaluation and re-examination. *Substance Abuse*, 35(4), 376-380. DOI: 10.1080/08897077.2014.936992.
- Monjas, M. I. (1996). Programa de enseñanza de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE.
- Montero Rojas, E., Villalobos Palma, J., & Valverde Bermúdez, A. (2007). Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la universidad de Costa Rica: un análisis multinivel. *RELIEVE*, 13(2), 215-234.
- Monterrey, A. L., González de la Rivera, J. L., de las Cuevas, C., & Rodriguez-Pulido, F (1991). El índice de reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado? *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 18(1), 23-27.
- Mooney, M. (2010). Religion, college grades and satisfaction among students at elite colleges and universities. *Sociology of Religion*, 71(2), 197-215. DOI: 10.1093/socrel/srq035.
- Morán Astorga, C. & Schulz, R. (2008). Influencia del optimismo y del afrontamiento en el bienestar laboral. *Clima Laboral*, 225, 86-92.
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.
- Naudé, W. (2007). From distress to eustress... *Work well do well*, 1(1), 1-8.
- Navarro-Pertusa, E., Barberá Heredia, E., & Reig Ferrer, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15(3), 395-400.
- Nazni Sani, M. (2010). Drug addiction among undergraduate students of private universities in Bangladesh. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 498-501.
- Novel Martí, G. (1998). Sistemas sociales de apoyo. En G. Novel Martí, M. T. Lluch Canut, & M. D. Miguel López de Vergara (Eds). *Enfermería psicosocial y salud mental*. (pp. 81-87). Barcelona: MASSON, S. A.
- O'Connell, E., Brennan, W., Cormican, M., Glacken, M., O'Donovan, D., Vellinga, A., Cahill, N., Lysaght, F., O'Donnel, J. (2009). Chlamidia trachomatis infection and sexual behavior among female students attending higher education in the Republic of Ireland. *BMC Public Health*, 9, 397-403.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2010). School as a risk factor for psychoactive substance use by middle school studentsk. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1620-1624.
- Orbegoso Delgado, B. I. (2013). *Conductas de riesgo convencionales*. Recuperado de http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Edición en español. Glosario de términos de alcohol y drogas. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas* (Ildefonso Hernández Aguado, coord. De la trad.). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. (Obra original publicada en 1994).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Factores de riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
- Oros de Sapia, L. B. & Neifert, I. (2006). Construcción y validación de una escala para evaluar indicadores físicos y psicoemocionales de estrés. *Evaluar*, 6, 1-14.
- Ortiz, S., Tafoya, S., Farfán, A., & Jaimes, A. (2013). Rendimiento académico, estrés y estrategias de afrontamiento en alumnos del programa de alta exigencia académica de la carrera de medicina. *Revista Med*, 21(1), 29-37.
- Oyarzún Iturra, G., Estrada Goic, C., Pino Astete, E., & Oyarzún Jara, M. (2012). Habilidades sociales y rendimiento académico: una mirada desde el género. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 21-28.
- Padrós Blàzquez, F., Martínez Medina, M. P., Gutiérrez-Hernández, C. Y., & Medina Calvillo, M. A. (2010). La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha Revista de Psicología* 14, 30-40.
- Padrós Blàzquez, F. & Fernández-Castro, J. (2008). A proposal to measure a modulator of the experience of enjoyment: the Gaudibility Scale. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 413-430.
- Padrós Blàzquez, F. & Rivera Heredia, M. E. (2014). Bienestar psicológico, recursos psicológicos y calidad de vida: ¿conceptos afines y diferentes? *Eurythmie* 1(1), 57-63.
- Padrós Blàzquez, F. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Padrós Blàzquez, F., Herrera Guzmán, I., & Gudayol Ferré, E. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de gaudibilidad en una población mexicana. *Evaluar*, 12, 1-20.
- Padrós Blàzquez, F., Martínez Medina, M. P., & Cruz García, M. A. (2011). Nivel de gaudibilidad en pacientes esquizofrénicos: un estudio piloto. *Salud Mental*, 34(6), 525-529.
- Padrós Blàzquez, F., Martínez Medina, M. P., González Ramírez, V., Rodríguez Maldonado, D., & Astals Vizcaíno, M. (2011). Estudio del nivel de gaudibilidad en pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancias. *Psiquis*, 20(2), 64-69.

- Padrós-Blázquez, F. & Martínez-Medina, M. P. (2016). Construcción y estudio psicométrico de la escala de gaudibilidad para niños y adolescentes (EGNA). *Publicado por Sociedad Mexicana de Psicología, A. C. y el Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología, A. C.* (Memoria in extenso), 1382-1384.
- Page, M. A., Bueno Monreal, M. J., Calleja Sopena, J. A., Cerdán Victoria, J., Echeverría Cubillas, M. J., García López, C., Gaviria Soto, J. L., Gómez Bueno, C., Jiménez Suárez, S. C., López Pérez, B., Martín-Javato Romero, L., Mínguez Ceballos, A. L., Sánchez Ruiz, A., & Trillo Marco, C. (1990). Hacia un modelo causal del rendimiento académico. *Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: CIDE*. Madrid: Centro de Publicaciones-Secretaría General Técnica. Ministerio de Educación y Ciencia.
- Palacio Sañudo, J. E. & Martínez de Biava, Y. (2007). Relación de rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios. *Revista Psicogente*, 10(18), 113-128.
- Palacios Delgado, J. R. & Andrade Palos, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 5-16.
- Papazisis, G., Nicolaou, P., Tsiga, E., Christoforou, T., & Sapountzi-Krepia, D. (2014). Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nurs Health Sci.*, 16(2), 232-238. DOI: 10.1111/nhs.12093.
- Páramo, M. A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pargament, K. I. & Mahoney, A. (2002). Spirituality: Discovering and conserving the sacred. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology*. (pp.646-659). New York: Oxford University Press.
- Park, N., Peterson, C. & Seligman, M. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Peltzer, K. (2010). Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries. *Acta Paediatrica*, 99(8); 1242-1247. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.01874.x.
- Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4), 239-246.
- Pereyra, M. (2006). Estrés y salud. En L. A. Oblitas (Coord.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp. 213-248). México: Thompson.
- Pérez Gómez, A., & Scopetta Díaz-Granados, O. (2011). El CRAFFT/CARLOS como instrumento para la identificación temprana de consumo de alcohol y otras SPA: Una adaptación al español. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 265-274.
- Pérez Padilla, M. L. & Rivera Heredia, M. E. (2012). Recursos psicológicos y experiencias migratorias en comunidades rurales con actividades agropecuarias en la región de los Altos Jalisco: un estudio comparativo. En L. A. López-Barbosa, G. Aboites y F. Martínez-Gómez (compiladores). *Globalización y agricultura. Nuevas perspectivas en la sociología rural*. Saltillo, Coahuila: UAAAN-UAdeC (pp. 1-25).

- Pérez Quintana, D. (2001). *El estrés como enfrentamiento inadecuado del hombre ante el medio*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/ansiedad/estres-62/el-estres-como-enfrentamiento-inadecuado-del-hombre-ante-el-medio/>.
- Pérez-Villegas, R., Agurto-Vásquez, K., Contreras-Escobar, K., Medina-Jara, L., Muñoz-Henríquez, C., Parra-Villaruel, J., & Sáez-Carrillo, K. (2012). Vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos, 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(4), 327-333.
- Phun, E. T. & Dos Santos, C. B. (2010). El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del segundo año de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 496-503.
- Pilatti, A., Fernández, C., Viola, A. García, J. S., & Pautassi, R. M. (2017). Efecto recíproco de impulsividad y consumo de alcohol en adolescentes argentinos. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 17(1), 107-120.
- Planas, J. A. (2015, Mayo, 6). *La psicología positiva y su influencia en el rendimiento académico y en el comportamiento del alumnado*. [Mensaje en blog]. Recuperado de <http://www.blogcanaleducacion.es/la-psicologia-positiva-y-su-influencia-en-el-rendimiento-academico-y-en-el-comportamiento-del-alumnado/>
- Pressman, S. D. & Cohen S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 113(6), 925-971.
- Pretzlik, U. & Sylva, K. (1999). Paedric patients' distress and coping during medical treatment: a self report measure. *Archives of Disease in Childhood*, 81, 525-527.
- Pulido Rull, M. A., Avalos Tinoco, C., Fernández Mondragón, J. C., García Flores, L., Hernández Muñoz, L., & Ruiz Campos, A. K. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.
- Pulido Rull, M. A., Carazo Cardona, V., González Sicilia, G. O., Coronel Villalobos, M., & Vera García, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1), 11-27.
- Pulido Rull, M. A., Cortes Velasco, L. Melo Otero, S. M., Domínguez Montañez, Y., Pedraza Sánchez, F. & Pérez Gudiño, A. (2013). Predictores de riesgos psicosociales en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 504-532.
- Pulido Rull, M. A., Serrano Sánchez, M. L., Valdés Cano, E., Chávez Méndez, M. T., Hidalgo Montiel, P. & Vera García, F. (2011a). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 21(1), 31-37.
- Quintana, A., Montgomery, W., Malaver, C., & Ruiz, G. (2010). Capacidad de disfrute y percepción del apoyo comunitario en adolescentes espectadores de episodios de violencia entre pares (bullying). *Revista IIPSI*, 13(1), 139-162.
- Rabelo, D. F. & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 10(3), 403-412.
- Ramiro, M. T., Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buéla-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: relationship with risk for sexually transmitted

- infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 181-188.
- Restrepo Molina, L., Agudelo Martínez, A., Giraldo Torres, A., & Sánchez Diosa, L. (2011). Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista CES Salud Pública* 2 (2), 136-147.
- Rivera Heredia, M. E. & Pérez Padilla, M. L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*, 9(19), 1-19.
- Rivera Heredia, M. E., Andrade Palos, P. & Figueroa Rosas, A. (2006). Evaluación de los recursos de los adolescentes: validación psicométrica de cinco escalas. En *XI Congreso Mexicano de Psicología Social* (pp. 414-420). Tabasco, México: AMEPSO y Universidad Autónoma de Tabasco.
- Rivera Heredia, M. E., Martínez Servín, L. G. Escutia Valdéz, D. P. (Noviembre, 2011). Recursos psicológicos y conductas problema en estudiantes de secundaria: diagnóstico e intervención preventiva. En *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa*, México, D.F.
- Rivera Heredia, M. E., Obregón Velasco, N., Cervantes Pacheco, E. I., & Martínez Ruiz, D. T. (2014). *Familia y migración; bienestar físico y mental*. México: Trillas.
- Rivera-Heredia, M. E., Cervantes-Pacheco, E. I., Martínez-Ruiz, D. T., & Obregón-Velasco, N. (2012). ¿Qué pasa con los jóvenes que se quedan? Recursos psicológicos, sintomatología depresiva y migración familiar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 33-51.
- Rivera-Heredia, M. E., Obregón Velasco, N. & Cervantes Pacheco, E. I. (2009). Recursos psicológicos y salud: Consideraciones para la intervención con los migrantes y sus familias. En J. Lira (Ed.). *Aportaciones de la psicología a la salud*. (pp. 225-254). Morelia: Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Robles Montijo, S., Moreno Rodríguez, D., Frías Arroyo, B., Rodríguez Cervantes, M., Barroso Villegas, R., Díaz González y Anaya, E., Rodríguez Campuzano, M. L., & Hernández Pozo, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades en comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Rodríguez Ayán, M. N. & Ruíz Díaz, M. A. (2011). Indicadores de rendimiento de estudiantes universitarios: calificaciones versus créditos acumulados. *Revista de Educación*, 355, 467-492.
- Rodríguez Cabrera, A. & Álvarez Vázquez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(1), 1-10.
- Rodríguez Carvajal, R., Díaz Méndez, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco Abarca, A., & van Dierendonck (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo bienestar psicológico. *Psicothema*, 22 (1), 63-70.
- Rodríguez Marín, J., Pastor, M. A., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rojas Valenciano, L., Lobo de Costa Junior, M., & Pereira Vasters, G. (2010). Caracterización de estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería y sus

- percepciones sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 535-542.
- Rubio, G. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Especializada*, 198, 11-14.
- Ruiz González, M. & Caballero Ortiz, V. (2013). Hábitos tóxicos en estudiantes de segundo año de medicina. *Medisan*, 17(2), 230-236.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Salas, M. (Noviembre, 2004). El fracaso escolar: estado de la cuestión. Estudio documental sobre el fracaso escolar y sus causas. En *1 Congreso Anual sobre Fracaso Escolar*, Palma de Mallorca, España.
- Salazar Torres, I. C., Varela Arévalo, M. T., Tovar Cuevas, J. R., & Cáceres Rodríguez, D. E. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 19-30.
- Sanabria León, J. (2009). Motivaciones hacia el consumo de alcohol en jóvenes – datos y extrapolaciones sobre el caso costarricense. *Reflexiones*, 88(1), 37-53.
- Sancesario Pérez, L. A. & Gómez Martínez, Y. (2006). Entrenamiento deportivo ¿eustress o distress? *Revista de Educación Física y Deportes* [seriada en línea]. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd99/stress.htm>
- Sánchez García, M. & Muñoz Silva, A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 71-79.
- Sapolsky, R. M. (1994/2013). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210. DOI:10.1111/1467-6494.ep8970713.
- Secretaría de Educación Pública [SEP] & Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [ANUIES] (octubre 2007). *Sistema de asignación y transferencia de créditos académicos (SATCA)*. Documento elaborado a partir de los acuerdos XVIIEXT.15.06 y XVIIEXT.10.06 de la Asamblea Nacional de ANUIES. Recuperado de http://www.anui.es.mx/media/docs/112_1_2_SATCAExtenso.pdf.
- Secretaría de Educación Pública [SEP] (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el promajoven*. Recuperado de: http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf.
- Secretaría de Salud (2014). *Alcoholismo*. Recuperado de: <http://portal.salud.gob.mx/>.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. DOI:10.1037//0003-066X.55.1.5
- Shankland, R. (2014). *La psychologie positive*. Paris: Dunod.

- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-7. DOI: 10.1037/0003-066X.56.3.216
- Singh, J. & Jha, A. (2013). Anxiety, optimism and academic achievement among students of private medical and engineering colleges: a comparative study. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3(1), 222-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.5539/jedp.v3n1p222>
- Skogen, J. C., Bøe, T., Knudsen, A. K., & Hysing, M. (2013). Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian adolescents. Ung@hordaland, a population based study. *Addictive Behaviors*, 38(10), 2500-2505. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.05.002.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). México: Trillas.
- Solórzano Aparicio, M. L. & Ramos Flores, N. (2006). Rendimiento académico y estrés académico de los estudiantes de la E. A. P. de enfermería de la universidad peruana unión (Semestre I-2006). *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1), 1-5.
- Štulhofer, A., Šoh, D., Jelaska, N., Baćak, V., & Landripet, I. (2011). Religiosity and sexual risk behavior among croatian college students, 1998-2008. *Journal of Sex Research*, 48(4), 360-371.
- Subramaniam, M., Cheok, C., Verma, S., Wong, J., & Chong, S. A. (2010). Validity of a brief screening instrument-CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addictive Behavior*, 35(12), 1102-4. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.08.004. Epub 2010 Aug 11.
- Szabo, S., Tache, I., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: a retrospective 75 years after his landmark brief "letter" to the editor of nature. *Stress*, 15(5), 472-8. DOI: 10.3109/10253890.2012.710919.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Tilahun, M. & Ayele, G. (2013). Factors associated with khat use among youths visiting HIV testing and counseling centers in Gamo Gofa, Southern Ethiopia. *BMC Public Health*, 13, 1199, DOI: 10.1186/1471-2458-13-1199.
- Tonconi Quispe, J. (2010). Factores que influyen en el rendimiento académico y la deserción de los estudiantes de la facultad de ingeniería económica de la UNA-PUNO, período 2009. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 2(1). Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/ced/11/jtq.htm>.
- Tossmann, P., Kasten, L., Lang, P., & Strüber, E. (2009). Determination of the concurrent validity of the CRAFT-d – a screening instrument for problematic alcohol consumption. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie Psychotherapie*, 37(5), 451-459. DOI: 10.1024/1422-4917.37.5.451.
- Trepka, M. J., Kim, S., Pekovic, V., Zamor, P., Velez, E. & Gabaroni, M. V. (2008). High-risk sexual behavior among students of a minority-serving university in a community with a high HIV/AIDS prevalence. *Journal of American College Health*, 57(1), 77-84.
- Trieu, S. L., Bratton, S., & Marshak, H. H. (2011). Sexual and reproductive health behaviors of California community college students. *Journal of American College Health*, 59(8), 744-750.

- Troch, A. (1982). *El fenómeno del estrés*. Barcelona: Herder.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2013). *World Drug Report*. Recuperado de:
http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2014). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. Recuperado de
http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf.
- Universidad Autónoma de Zacatecas [UAZ] (2015). *Estudiantes: Oferta Educativa*. Recuperado de <http://148.217.18.210/ofertaeducativa/view/viewOferta.php>
- Universidades de México (2015). *Universidades de Zacatecas: Instituciones de Educación Superior en Zacatecas*. Recuperado de
<http://www.altillo.com/universidades/mexico/de/zacatecas.asp>
- Vallejo Anaya, L. (2011). Relación entre estrés académico y rendimiento académico en estudiantes de la carrera Química-Farmacéutica-Biológica de la UNAM. (Tesis) Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F.
- Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., Cáceres de Rodríguez, D. E., & Tovar Cuevas, J. R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 31-45.
- Vargas, C. & Trujillo, H. (2012). Cannabis consumption by female psychology students: The influence of perceived stress, coping and consumption of drugs in their social environment. *Universitas Psychologica*, 11(1), 119-130.
- Vega Estrada, J. E. & Torregroza Simanca, H. N. (2012). Optimismo y rendimiento académico en estudiantes de dos colegios privados de la ciudad de Riohacha (Guajira). *DUAZARY*, 9(1), 94-97.
- Vega Valero, C. Z., González Betanzos, F., Angiano Serrano, S., Nava Quiroz, C., & Soria Trujano, R. (2009). Habilidades sociales y estrés infantil. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 1(1), 7-13.
- Velasco Fernández, R. (2009, julio). Una familia altruista previene consumo de drogas. *El Periódico de los Universitarios*, 9(362). Recuperado de
http://www.uv.mx/universo/362/infgral/infgral_10.htm
- Vélez van Meerbeke, A. & Roa González, C. N. (2005). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 8(2), 74-82.
- Vera-Villaroel, P. & Celis-Atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13(2), 15-23.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz Bautista, C., Moreno López, M., Oliva Robles, N., Bustos Garmiño, M., Fregoso Ito, D., Gutiérrez López, M. L., & Amador Buenabad, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35, 447-457.
- Watson, D. (2002). Positive affectivity: The disposition to experience pleasurable emotional states. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology*. (pp.106-119). New York: Oxford University Press.

- Willcox Hoyos, M. R. (2011). Factores de riesgo y protección para el rendimiento académico: Un estudio descriptivo en estudiantes de Psicología de una universidad privada. *Revista Iberoamericana de Educación*, 55(1), 1-9.
- World Health Organization [WHO] (2014). *Global status report on alcohol and health*. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf.
- Yasin, A. S. & Dzulkifli, M. A. (2011). The relationship between social support and academic achievement. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(5), 277-281.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zavala Berbena, M. A., Valdez Sierra, M. D., & Vargas Vivero, M. C. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(15), 321-338.

Anexo A. Adenda: Consideraciones Adicionales

A.1. Consideraciones generales

La Psicología es una Ciencia Social, pues tiene elementos que le dan rigurosidad científica. Tal es el caso del uso de la Estadística en herramientas tales como el coeficiente de correlación o los Modelos de Ecuaciones Estructurales. En consecuencia, y siendo la Psicología una ciencia, al momento de utilizar elementos con rigurosidad científica, no es posible que se obtengan los resultados que uno desea. Más bien, se obtienen los resultados que la herramienta estadística sugiere. Así pues, no es posible aceptar más hipótesis de las que se aceptan (dos de nueve en este caso). Sin embargo, no es del todo correcto decir que las hipótesis restantes “se rechazan”. En realidad, se debe decir que no hay evidencia estadística suficiente como para no rechazarlas. Y en cuanto a las hipótesis que “se aceptan”, se debería en realidad decir que no hay evidencia estadística suficiente como para rechazarlas, por lo que “se aceptan”. Todo este análisis tiene que ver con los errores del tipo I y los errores del tipo II en probabilidad y estadística.

Por otro lado, respecto a la Figura 6, es de hacer notar que dicho modelo de carácter teórico es una guía inicial para hacer el Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) correspondiente. Así pues, y aunque en la Figura 9 las conductas de riesgo aparecen como variables independientes, esto no fue inicialmente modelado así. En la Figura 7 las conductas de riesgo aparecen tanto como variable dependiente, así como variable independiente. Sin embargo, los resultados del MEE sugieren eliminar la causalidad entre Gaudibilidad y Conductas de Riesgo por ser dicha causalidad muy baja. Esto simplemente refleja el hecho de que los resultados obtenidos del estudio empírico no coinciden exactamente con lo esperado teóricamente. Lo anterior no necesariamente está mal. Si existieran otros estudios con los mismos resultados, serían un indicador de que la teoría debería ser revisada. Por lo pronto, y en vista de que solamente se cuenta en

este momento con los resultados de esta tesis, se hizo una corrección al MEE de la Figura 9 en la Figura 10.

Finalmente, es importante mencionar la cuestión de la capitalización del azar. Si el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y en específico el Análisis de Componentes Principales (ACP) se realizara sobre todos los datos a fin de definir las subescalas (dimensiones) de cada instrumento y luego se procediera al Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) o MEE utilizando los mismos datos, se estaría en un error, pues se utilizaría la base de datos completa para definir las dimensiones, con lo que al evaluar el MEE resultante se obtendrían resultados perfectos de manera ilusoria, pues dicho MEE estaría basado en el AFE realizado sobre todos los datos de la muestra. En consecuencia, se crearon dos bases de datos. La primera, con un total de 200 muestras, y la segunda, con el total de las 507 muestras. La primera base de datos se utiliza para el AFE, el cual se confirma a través del MEE con la base de datos completa. Esto debe hacerse así a efectos de no mermar la rigurosidad científica de los estudios. Es importante notar que en el caso de la Escala de Recursos Psicológicos (ERP) no existe este problema, pues las dimensiones ya vienen predefinidas de acuerdo a la teoría revisada. Tampoco es el caso de la Escala de Estrés Percibido (EEP), pues las dimensiones se definen de acuerdo a la teoría de González Ramírez y Landero Hernández de 2007, aunque se les da nombre a dichas dimensiones, pues los autores las dejan simplemente como “Factor 1” y “Factor 2”.

A.2. Bases del Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE)

El MEE final que se obtiene en la Figura 10 es el resultado último de un largo y riguroso proceso de análisis de MEE seguido para cada uno de los constructos y para las dimensiones de éstos. En esta sección se detalla este proceso y se muestran aquí los

análisis y resultados intermedios obtenidos a lo largo del proceso de elaboración de esta tesis, procediendo de manera secuencial instrumento por instrumento.

A.2.1. La Escala de Recursos Psicológicos (ERP)

La Tabla A.1 presenta los resultados de consistencia interna obtenidos para cada una de las subescalas de la Escala de Recursos Psicológicos (ERP). Se hace notar que existen dos versiones de la ERP: la versión para adolescentes y la versión para población con escolaridad baja. En esta tesis se utiliza la versión completa, que incluye los 64 ítems de ambas versiones.

Tabla A.1

Constructos de la ERP con sus respectivos índices de fiabilidad (alfa de Cronbach).

Escala: Modelos de Ecuaciones Estructurales de la ERP	Subescalas: Variables No Observables	Versión para adolescentes		Versión para población con escolaridad baja	
		Reactivos: Variables Observables	Alfa de Cronbach	Reactivos: Variables Observables	Alfa de Cronbach
Recursos Afectivos – ERP_RA (ERP_RA_AC, ERP_RA_MT, ERP_RA_ME y ERP_RA_RE) $\alpha = 0.361$	Autocontrol (ERP_RA_AC)	3, 14, 15, 16, 17	0.647	3, 14, 15, 17	0.615
	Manejo de la Tristeza (ERP_RA_MT)	1, 5, 7, 8, 9	0.734	1, 5, 7, 8, 9	0.734
	Manejo del Enojo (ERP_RA_ME)	2, 4, 10, 13, 18	0.603	2, 51, 52, 53, 54	0.776
	Recuperación del Equilibrio (ERP_RA_RE)	6, 11, 12	0.669		
Recursos Cognitivos – ERP_RC (ERP_RC_RP, ERP_RC_CR, ERP_RC_AR y ERP_RC_O) $\alpha = 0.745$	Reflexión ante los Problemas (ERP_RC_RP)	28, 29, 30, 31, 32, 33	0.824		
	Creencias Religiosas (ERP_RC_CR)	34, 35, 36	0.912	34, 35, 36	0.912
	Autoreproches (ERP_RC_AR)	37, 38, 39	0.747		
	Optimismo (ERP_RC_O)			55, 56, 57, 58	0.708
Recursos Instrumentales – ERP_RI (ERP_RI_HS) $\alpha = 0.785$	Habilidades Sociales (ERP_RI_HS)	45, 46, 47, 48, 49, 50	0.785		
Recursos Sociales – ERP_RS (ERP_RS_RAP, ERP_RS_IBA, ERP_RS_A) $\alpha = 0.561$	Red de Apoyo (ERP_RS_RAP)	19, 22, 25, 27	0.735	19, 22, 25, 27	0.735
	Incapacidad para Buscar Apoyo (ERP_RS_IBA)	20, 21, 23, 24, 26	0.697		
	Altruismo (ERP_RS_A)			59, 60, 61, 62, 63, 64	0.795
Recursos Materiales – ERP_RM (ERP_RM_RMP) $\alpha = 0.611$	Recursos Materiales (ERP_RM_RMP)	40, 41, 42, 43, 44	0.611		

Debido a que la ERP es un instrumento cuyas subescalas ya han sido definidas de manera teórica por la autora, no es posible realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de la ERP a efectos de definir qué subescala debe incluir qué ítem. Las Figuras A.1, A.2, A.3, A.4 y A.5 muestran los MEE de primer orden utilizados para la ERP de Recursos Afectivos (ERP_RA), la ERP de Recursos Cognitivos (ERP_RC), la ERP de

Recursos Instrumentales (ERP_RI), la ERP de Recursos Sociales (ERP_RS) y la ERP de Recursos Materiales (ERP_RM), respectivamente.

Figura A.1. Modelo de Ecuaciones Estructurales de la ERP para Recursos Afectivos (ERP_RA).

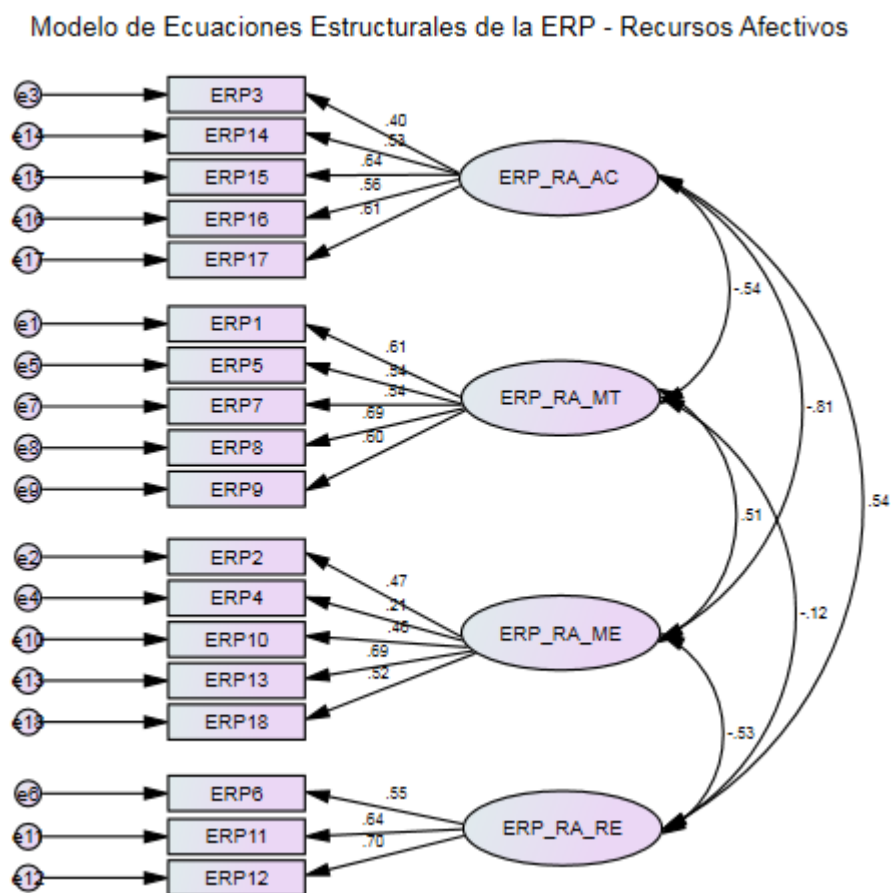


Figura A.2. Modelo de Ecuaciones Estructurales de la ERP para Recursos Cognitivos (ERP_RC).

Modelo de Ecuaciones Estructurales de la ERP - Recursos Cognitivos

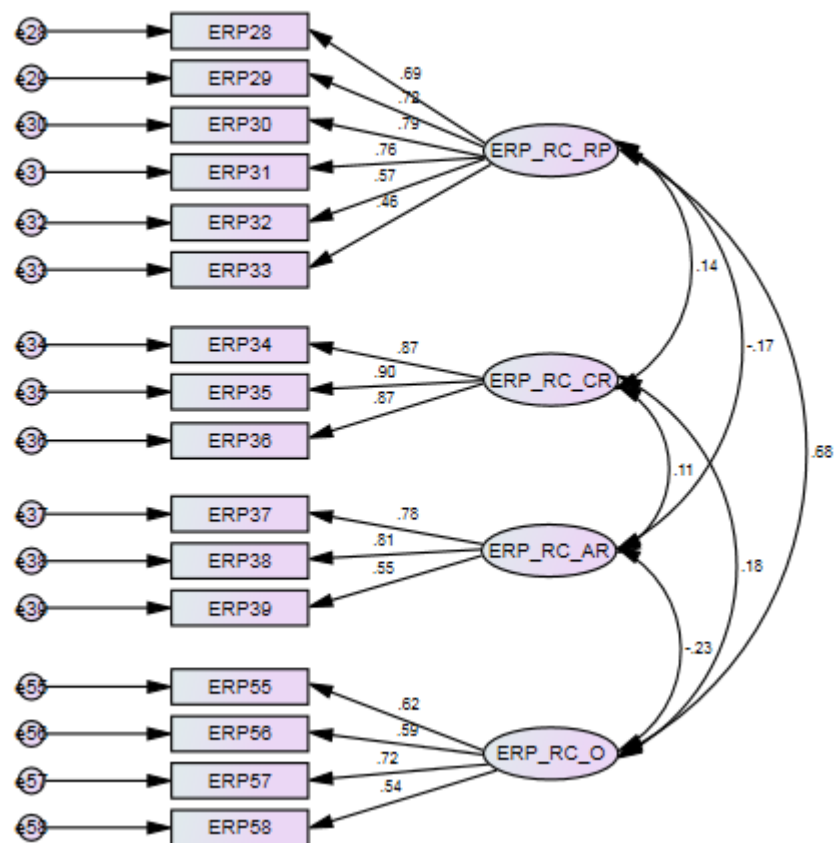


Figura A.3. Modelo de Ecuaciones Estructurales de la ERP para Recursos Instrumentales (ERP_RI).

Modelo de Ecuaciones Estructurales de la ERP - Recursos Instrumentales

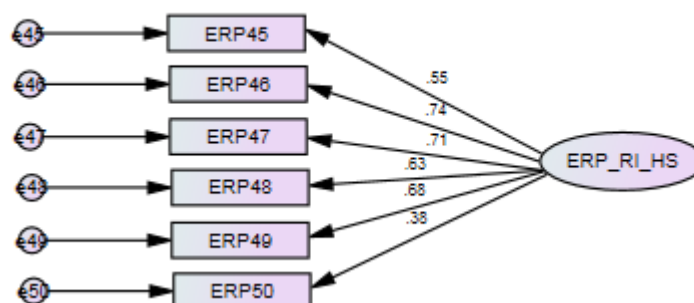


Figura A.4. Modelo de Ecuaciones Estructurales de la ERP para Recursos Sociales (ERP_RS).

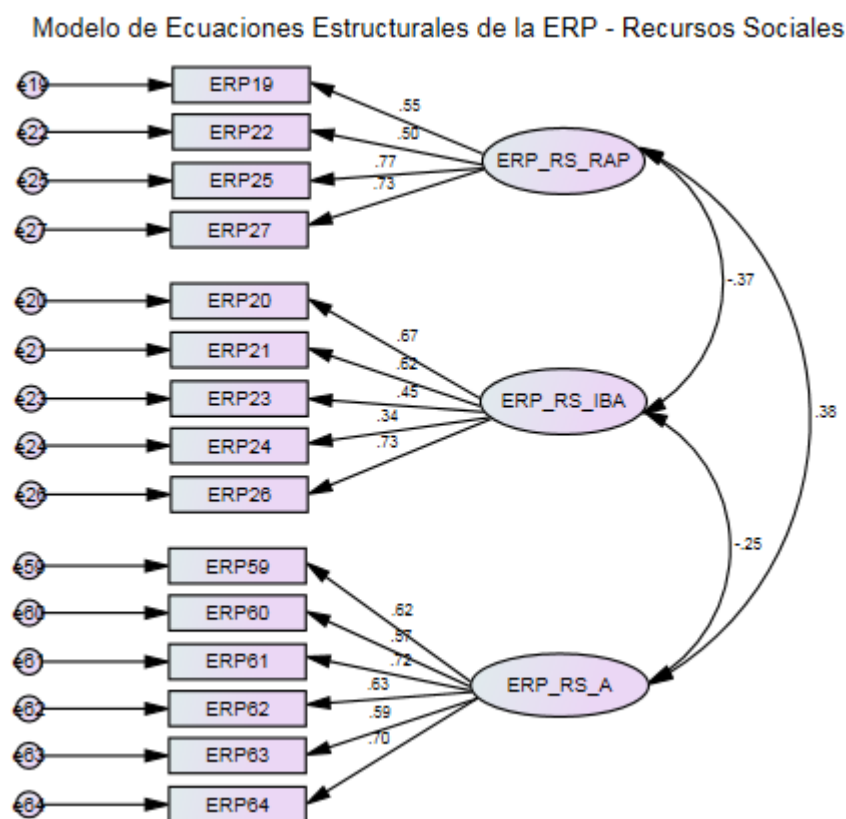
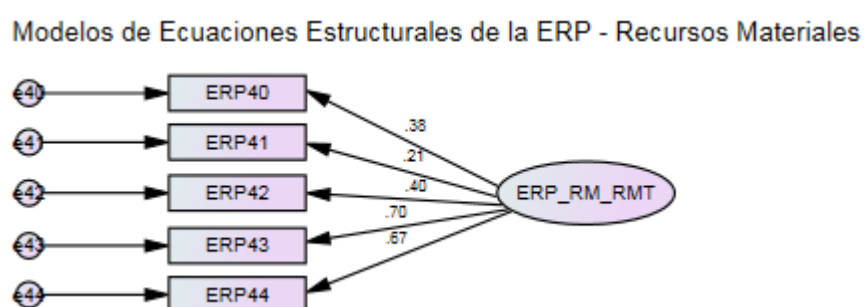


Figura A.5. Modelo de Ecuaciones Estructurales de la ERP para Recursos Materiales (ERP_RM).



La Tabla A.2 muestra los índices de ajuste de cada una de estas subescalas. Se observa en la Tabla A.2 que los primeros tres MEE de la ERP (Recursos Afectivos, Recursos Cognitivos y Recursos Instrumentales) sí ajustan con moderada satisfacción y pueden utilizarse. Los últimos dos MEE de la ERP (Recursos Sociales y Recursos

Materiales) no ajustan bajo ningún criterio y en consecuencia no deben de considerarse parte válida de la ERP. Sin embargo, en las Figuras 7, 8, 9 y 10 de la tesis, se utiliza la ERP total a efectos de consistencia teórica.

Tabla A.2

Bondad de Ajuste de los Cinco Modelos de Ecuaciones Estructurales de la ERP y Criterios de Valoración del Ajuste.

Modelo o Criterio	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
Recursos Afectivos – ERP_RA	2.448	0.936	0.915	0.896	0.053
Recursos Cognitivos – ERP_RC	2.553	0.940	0.917	0.951	0.055
Recursos Instrumentales – ERP_RI	2.535	0.985	0.966	0.981	0.055
Recursos Sociales – ERP_RS	5.832	0.861	0.809	0.802	0.098
Recursos Materiales – ERP_RM	25.129	0.913	0.739	0.667	0.218
Ajuste Moderado	< 3	> 0.9	> 0.9	> 0.9	< 0.08
Ajuste Estricto	< 3	> 0.95	> 0.95	> 0.95	< 0.05

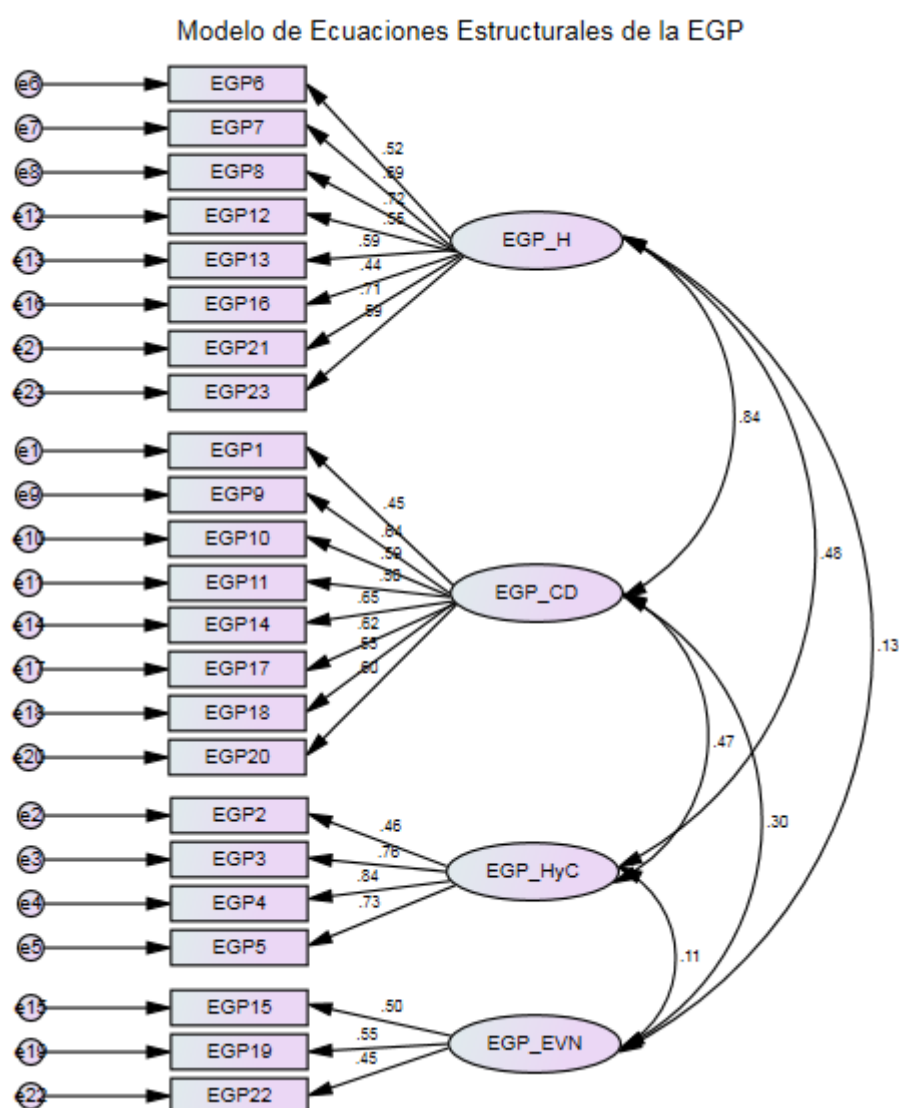
A.2.2. La Escala de Gaudibilidad de Padrós (EGP)

La Escala de Gaudibilidad de Padrós o EGP evalúa la Gaudibilidad, en específico: 1) Habilidades, 2) Creencias y 3) Estilo de Vida. Aunque sean tres tipos de componentes, la escala se considera unifactorial, a pesar de que la existencia de componentes ponga en duda la validez de la misma. En este estudio, se encontró que cuatro componentes (que no es lo mismo que los tres tipos de elementos que mide la escala: habilidades, creencias y estilo de vida) son los que explican mejor a la escala. La Tabla A.3 resume la información. El MEE de cuatro dimensiones, que es el que ofrece el mejor ajuste de todos, se muestra en la Figura A.6.

Tabla A.3

Factores de la EGP con sus respectivos índices de fiabilidad (alfa de Cronbach).

Escala: Modelos de Ecuaciones Estructurales de la EGP	Subescalas: Variables No Observables	23 reactivos	
		Reactivos: Variables Observables	Alfa de Cronbach
EGP $\alpha = 0.869$	Habilidades (EGP_H)	6, 7, 8, 12, 13, 16, 21, 23	0.814
	Capacidad de Disfrute (EGP_CD)	1, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20	0.800
	Habilidades y Creencias (EGP_HyC)	2, 3, 4, 5	0.786
	Estilo de Vida Negativo (EGP_EVN)	15, 19, 22	0.494

Figura A.6. Modelo de Ecuaciones Estructurales de la EGP.

El ajuste y los criterios de ajuste del modelo se ilustran en la Tabla A.4.

Tabla A.4

Bondad de Ajuste del modelo de cuatro factores de la EGP y Criterios de Valoración del Ajuste.

Modelo o Criterio	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
EGP	3.552	0.874	0.845	0.841	0.071
Ajuste Moderado	< 3	> 0.9	> 0.9	> 0.9	< 0.08
Ajuste Estricto	< 3	> 0.95	> 0.95	> 0.95	< 0.05

Aunque el ajuste no es moderadamente bueno, con excepción del RMSEA, se considerará lo suficientemente bueno como para que los factores se puedan considerar nuevas variables observables compuestas de los reactivos de cada caso (EGP_H, EGP_CD, EGP_HyC y EGP_EVN).

A.2.3. La Escala de Estrés Percibido (EEP)

González Ramírez y Landero Hernández hacen un estudio de factores de la Escala de Estrés Percibido (EEP) o Perceived Stress Scale para México. Identifican dos factores y, aunque no los nombran, se decidió nombrarlos Afrontamiento (EEP_A) y Percepción de Estrés (EEP_PE). La Tabla A.5 muestra los reactivos que componen a cada factor y su alfa de Cronbach.

Tabla A.5

Factores de la EEP con sus respectivos índices de fiabilidad (alfa de Cronbach).

Escala: Modelos de Ecuaciones Estructurales de la EEP	Subescalas: Variables No Observables	14 reactivos	
		Reactivos: Variables Observables	Alfa de Cronbach
EEP	Afrontamiento (EEP_A)	4, 5, 6, 7, 9, 10, 13	0.824
$\alpha = 0.833$	Percepción de Estrés (EEP_PE)	1, 2, 3, 8, 11, 12, 14	0.791

El Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) de la EEP se muestra en la Figura A.7. El ajuste y los criterios de ajuste se indican en la Tabla A.6. Con excepción de la

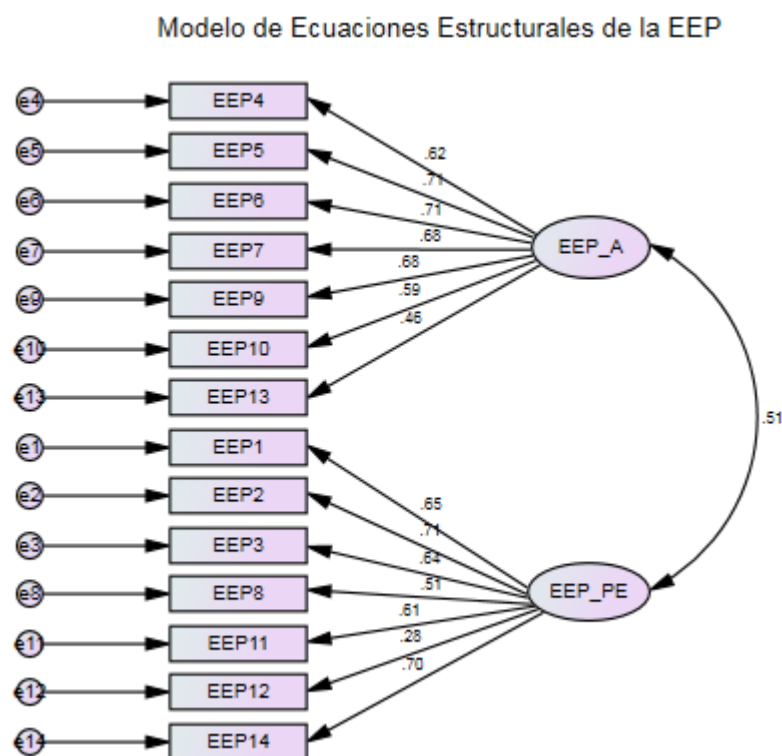
χ^2/gl y el AGFI, todos los demás índices (GFI, CFI y RMSEA) cumplen moderadamente. El AGFI casi alcanza a cumplir moderadamente, y aunque la χ^2/gl no cumple con el criterio, se considerará al modelo suficientemente bueno. En consecuencia, se crearán dos nuevas variables observables: EEP_A y EEP_PE sumando los reactivos que componen a cada una.

Tabla A.6

Bondad de Ajuste del modelo de dos factores de la EEP y Criterios de Valoración del Ajuste.

Modelo o Criterio	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
EEP	3.593	0.923	0.894	0.906	0.072
Ajuste Moderado	< 3	> 0.9	> 0.9	> 0.9	< 0.08
Ajuste Estricto	< 3	> 0.95	> 0.95	> 0.95	< 0.05

Figura A.7. Modelo de Ecuaciones Estructurales de la EEP.



A.2.4. Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU-yo)

Este instrumento es probablemente el más retador de todos. Después de realizar un análisis de fiabilidad se decide eliminar la pregunta 35 por aumentar el alfa de Cronbach general si se elimina. Además, también se eliminan todas las preguntas pares por referirse a la frecuencia con la que las correspondientes preguntas impares ocurren. Así pues, las preguntas se agrupan en tres dimensiones factoriales, como se indica en la Tabla A.7. La Tabla A.8 resume el ajuste del MEE y los criterios de ajuste. La Figura A.8 muestra el MEE resultante.

Tabla A.7

Factores del SSEU con sus respectivos índices de fiabilidad (alfa de Cronbach).

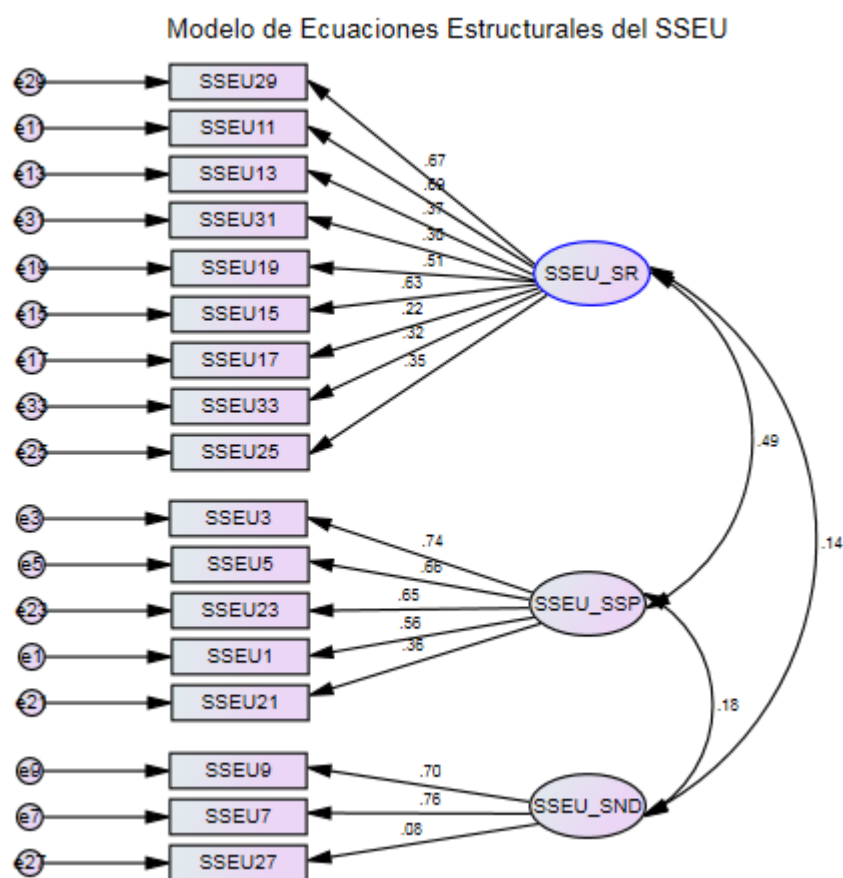
Escala: Modelos de Ecuaciones Estructurales de la SSEU	Subescalas: Variables No Observables	17 reactivos	
		Reactivos: Variables Observables	Alfa de Cronbach
SSEU $\alpha = 0.765$	Sexo Riesgoso (SSEU_SR)	29, 11, 13, 31, 19, 15, 17, 33, 25	0.700
	Sexo Sin Protección (SSEU_SSP)	3, 5, 23, 1, 21	0.728
	Sexo No Deseado (SSEU_SND)	9, 7, 27	0.429

Tabla A.8

Bondad de Ajuste del modelo de tres factores del SSEU y Criterios de Valoración del Ajuste.

Modelo o Criterio	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
SSEU	2.692	0.933	0.912	0.868	0.058
Ajuste Moderado	< 3	> 0.9	> 0.9	> 0.9	< 0.08
Ajuste Estricto	< 3	> 0.95	> 0.95	> 0.95	< 0.05

El ajuste de este modelo es bastante bueno. Cumple con el ajuste moderado en todos los casos con excepción del CFI, con el que casi cumple moderadamente. En conclusión, se acepta el modelo.

Figura A.8. Modelo de Ecuaciones Estructurales del SSEU.**A.2.5. Las preguntas CARLOS (CRAFFT)**

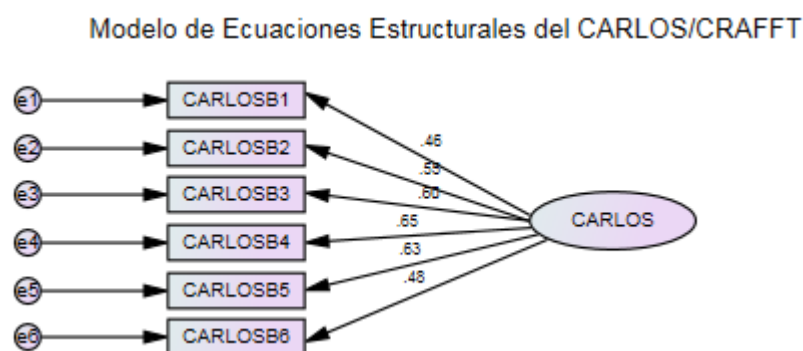
Se observó que el comportamiento del constructo (que es unifactorial), no sigue una distribución normal, por lo que se utiliza el método de *generalized least squares* o mínimos cuadrados generalizados, en lugar del de *maximum likelihood* o máxima verosimilitud. Sólo existen 6 reactivos a considerar.

La Tabla A.9 muestra el ajuste y los criterios de ajuste. La Figura A.9 muestra el MEE del CARLOS (CRAFFT).

Tabla A.9

Bondad de Ajuste del modelo unifactorial del CARLOS (CRAFFT) y Criterios de Valoración del Ajuste.

Modelo o Criterio	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
CARLOS (CRAFFT)	2.260	0.987	0.969	0.922	0.050
Ajuste Moderado	< 3	> 0.9	> 0.9	> 0.9	< 0.08
Ajuste Estricto	< 3	> 0.95	> 0.95	> 0.95	< 0.05

Figura A.9. Modelo de Ecuaciones Estructurales del CARLOS (CRAFFT).

El CARLOS (CRAFFT) cumple con los criterios de ajuste estricto en todos los casos excepto el CFI, en el que ajusta moderadamente. Definitivamente este modelo es aceptado.

A.3. A modo de discusión y conclusiones

Se observa que en el nuevo Modelo consistente de la Figura 10 se obtienen índices de bondad y ajuste casi o totalmente perfectos. Por ejemplo, el CFI y el IFI son iguales a uno. Los demás son casi iguales a uno. El valor de χ^2/gl es todavía más bajo que el obtenido en la Figura 9, pues el valor correspondiente a la Figura 10 es igual a 1.044, mientras que el obtenido para la Figura 9 es igual a 1.091. Así pues, el nuevo MEE no solamente es consistente con la teoría, sino que se trata de un modelo con mejor ajuste. Se puede concluir que no es incorrecto considerar desde un punto de vista teórico a los recursos psicológicos y a la gaudibilidad como variables independientes y al estrés y el rendimiento académico como variables dependientes. También se concluye que, a efectos

de ser congruentes con la teoría, es necesario eliminar a las conductas de riesgo del modelo, a menos que, con el paso del tiempo, se hagan otros estudios que resulten en tener a las conductas de riesgo como variable independiente. Sin embargo, se hace notar que el modelo de la Figura 9 no tiene ninguna otra relación para las conductas de riesgo más que la relación causal entre conductas de riesgo y promedio de -0.18, que, aunque no sea muy fuerte, es todavía relevante. Se deja como trabajo futuro analizar el caso de las conductas de riesgo en el contexto de esta tesis, es decir, considerando recursos psicológicos y gaudibilidad y ver qué resultados se obtienen a efectos de contrastarlos con los resultados obtenidos en esta tesis.

Se hace notar que no se hicieron modelos de primer orden para las subescalas de la ERP, EGP, EEP y SSEU. En el caso de la ERP no se hizo porque se tendrían solamente tres variables observables (ERP_RA, ERP_RC y ERP_RI) de forma tal que habría cero grados de libertad en el modelo, lo que lo haría inválido para análisis con el AMOS. Además, por consistencia teórica, se modela a la ERP como el total de todos los ítems del instrumento. En el caso de la EGP sí se podría haber incluido un modelo de primer orden en el cual las variables observables fueran EGP_H, EGP_CD, EGP_HyC y EGP_EVN, pero debido a que se utiliza a la EGP como una variable unidimensional por estar de esta forma conceptualizada, no tiene sentido incluir tal análisis. El caso de la EEP no permite modelación de primer orden con el AMOS debido a que se tienen solamente dos variables observables (EEP_A y EEP_PE), lo que hace que los grados de libertad de dicho modelo no sean suficientes. El SSEU tampoco se puede modelar, pues solamente habría tres variables observables (SSEU_SR, SSEU_SSP y SSEU_SND) y los grados de libertad serían nuevamente iguales a cero. Por último, el CARLOS es por definición una variable unidimensional y no presenta mayor problema de modelación. De hecho, la Figura A.9 y la Tabla A.9 lo comprueba.

Finalmente, aunque es posible hacer correlaciones entre las dimensiones o subescalas descubiertas de cada instrumento (lo cual se hizo, pero no se incluyó en la tesis), los resultados son un poco confusos, por lo que no se incluyen en esta adenda. Por ejemplo, algunas dimensiones de la ERP correlacionan positivamente con algunas dimensiones de la EGP, mientras que otras correlacionan negativamente, siendo que la ERP y la EGP covarían positivamente en el MEE de la Figura 9 y en el Modelo consistente de la Figura 10. Además, lo anterior coincide con lo esperado en la teoría y es de hecho una de las hipótesis de esta tesis.

En consecuencia, no se considera pertinente incluir todas las tablas correspondientes a todos los pares de correlaciones entre las subescalas descubiertas (trabajo que se hizo, pero no se incluye ni en la tesis ni en esta adenda), pues lo anterior solamente obscurecería la discusión y la capacidad de obtener conclusiones válidas.

Anexo B. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este estudio una clara explicación de la naturaleza del mismo, así como de su rol como participantes.

El presente estudio es conducido por la M. en C. Gloria Velia Reyna Barajas y forma parte del proceso de su tesis doctoral. El objetivo de este estudio es determinar las propiedades psicométricas del instrumento CARLOS/CRAFFT en población mexicana.

Si usted como estudiante universitario accede a participar en este estudio, se le pedirá responder de manera honesta y completa a **dos** cuestionarios. Esto tomará entre **5 y 10 minutos** de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida será estrictamente confidencial por lo que será resguardada bajo la forma de anonimato y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo. De igual manera, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Agradecemos cordialmente por su colaboración.

Yo _____ estudiante universitario acepto participar voluntariamente en éste estudio, conducido por _____ . He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder _____ cuestionarios lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo brinde es estrictamente confidencial y anónima y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno hacia mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo ponerme en contacto con la responsable de la investigación.

Fecha: _____

Nombre y firma del participante: _____

Anexo C. Cuestionarios para el Primer Estudio

1. AUDIT

1. ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?				
0 puntos Nunca	1 punto 1 vez al mes o menos	2 puntos 2 o 4 veces al mes	3 puntos 2 o 3 veces a la semana	4 puntos 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?				
0 puntos Entre 0-2	1 punto Entre 3-4	2 puntos Entre 5-6	3 puntos Entre 7-9	4 puntos 10 o más
3. ¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión?				
0 puntos Nunca	1 punto Menos de una vez al mes	2 puntos Mensualmente	3 puntos Semanalmente	4 puntos Todos o casi todos los días
4. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?				
0 puntos Nunca	1 punto Menos de una vez al mes	2 puntos Mensualmente	3 puntos Semanalmente	4 puntos Todos o casi todos los días
5. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?				
0 puntos Nunca	1 punto Menos de una vez al mes	2 puntos Mensualmente	3 puntos Semanalmente	4 puntos Todos o casi todos los días
6. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?				
0 puntos Nunca	1 punto Menos de una vez al mes	2 puntos Mensualmente	3 puntos Semanalmente	4 puntos Todos o casi todos los días
7. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?				
0 puntos Nunca	1 punto Menos de una vez al mes	2 puntos Mensualmente	3 puntos Semanalmente	4 puntos Todos o casi todos los días
8. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?				
0 puntos Nunca	1 punto Menos de una vez al mes	2 puntos Mensualmente	3 puntos Semanalmente	4 puntos Todos o casi todos los días
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?				
0 puntos No		2 puntos Sí, pero no en el último año		4 puntos Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?				
0 puntos No		2 puntos Sí, pero no en el último año		4 puntos Sí, en el último año

2. CARLOS (CRAFT)

Las Preguntas CARLOS (CRAFT)

Por favor responda a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible;
sus respuestas serán tratadas de forma confidencial

Parte A

Durante los últimos doce meses:

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha consumido <u>bebidas alcohólicas</u> (más de unos pocos sorbos)? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Ha fumado <u>marihuana</u> o probado <u>hachís</u> ? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Ha usado <u>algún otro tipo</u> de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?
<small>El término "algún otro tipo" se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.</small> | ☐ | ☐ |

Si respondió con un NO las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a la pregunta B1

Si respondió con un SÍ a CUALQUIERA de las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a las preguntas B1 a B6

Parte B (CARLOS)

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un <u>CARRO</u> o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus <u>AMIGOS</u> o su <u>familia</u> que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para <u>RELAJARSE</u> , para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Se ha metido, alguna vez, en <u>LÍOS</u> o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Se le ha <u>OLVIDADO</u> , alguna vez, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba <u>SOLO</u> o <u>SOLA</u> , sin compañía? | ☐ | ☐ |

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN

La información incluida en esta página puede estar protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© Children's Hospital Boston, 2009.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.
La reproducción CRAFT fue posible, gracias al apoyo de la Massachusetts Behavioral Health Partnership.

3. Datos Generales

Por favor responda a las siguientes preguntas:

1. Edad: _____
2. Sexo: Femenino _____ Masculino _____
3. Actualmente vive con: Familia (padres) _____ Familia (propia) _____ Pareja _____
Solo _____ Amigo(s) _____
4. Licenciatura que cursa actualmente: _____
5. Semestre que cursa actualmente: _____
6. Promedio general de la carrera: _____
7. ¿Cuántas veces has suspendido en la escuela? Ninguna vez _____ 1 vez _____ 2
veces _____
Más de 3 veces _____
8. ¿Has repetido curso durante toda tu historia escolar? Ninguna vez _____ 1 vez
_____ 2 veces _____
Más de 3 veces _____

Anexo D. Cuestionarios para el Segundo Estudio

La finalidad de este estudio es conocer la “Relación entre Recursos Psicológicos y Gaudibilidad con el Rendimiento Académico, Estrés y Conductas de Riesgo en Estudiantes Universitarios”. Tu participación consiste en contestar de manera voluntaria las seis secciones, lo cual te llevará entre 30 y 50 minutos. Los resultados del presente estudio sólo serán utilizados con fines de investigación, por lo que la información extraída de los cuestionarios sólo será analizada y tratada en general, se conservará el anonimato de todos los participantes.

El responder este cuestionario implica su aprobación para participar en el presente estudio.

Por favor, lea con cuidado las instrucciones y conteste todas las preguntas de la manera más honesta posible. No existen respuestas correctas o incorrectas. Si tiene cualquier duda acerca de las preguntas o las instrucciones, le solicitamos que consulte al aplicador.

Cuando haya concluido, guarde su cuestionario en el sobre-bolsa que se le entregó junto con los cuestionarios. Muchas gracias por su colaboración.

1. ERP

Instrucciones: Ayúdanos a conocer cómo responden las personas ante diferentes situaciones de su vida. Recuerda que lo que importa es conocer lo que tú haces, piensas y sientes. La información que proporciones será estrictamente confidencial. Con tu participación nos estarás ayudando en el esfuerzo de comprender y apoyar a personas como tú. ¡Gracias por colaborar!

Las personas reaccionamos de manera diferente ante las distintas situaciones de la vida. Indica cruzando con una X (equis), qué tan frecuente reaccionas de la misma manera. Tú respuesta puede ser:

4- Casi siempre, 3- Algunas veces, 2- Rara vez o 1- Casi nunca

Recursos	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
1. Cuando estoy muy triste siento que mis problemas no tienen solución.	4	3	2	1
2. Pierdo el control cuando me enojo.	4	3	2	1
3. Cuando estoy nervioso (a), si me lo propongo, puedo relajarme fácilmente.	4	3	2	1
4. Cuando me enojo aviento lo primero que tengo a la mano.	4	3	2	1
5. Si las cosas no salen como las tenía planeadas me desanimo fácilmente.	4	3	2	1
6. Cuando me pongo triste, me digo frases que me levanten el ánimo.	4	3	2	1
7. Me es difícil recuperar la tranquilidad después de que me siento triste.	4	3	2	1
8. Es muy difícil que vuelva a sentirme bien cuando se frustran mis planes.	4	3	2	1
9. Cuando empiezo a sentirme triste ya no me puedo detener.	4	3	2	1
10. Evito alterarme cuando me enojo.	4	3	2	1
11. Cuando me siento frustrado, platico conmigo mismo (a) para tranquilizarme.	4	3	2	1
12. Darme cuenta de cómo me siento me ayuda a recuperarme de los problemas.	4	3	2	1
13. Cuando tengo problemas trato de permanecer tranquilo (a).	4	3	2	1
14. Siento que tengo control sobre mi vida.	4	3	2	1
15. Cuando es necesario tengo la capacidad de controlar mis emociones.	4	3	2	1
16. Cuando algo me sale mal, continúo esforzándome sin darme por vencido (a).	4	3	2	1
17. Puedo enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma.	4	3	2	1
18. Trato de no alterarme y de hablar “como gente decente”.	4	3	2	1
19. Trato de platicar con alguien para desahogarme.	4	3	2	1
20. Para mí es muy difícil pedir ayuda a los demás.	4	3	2	1
21. Si tuviera un problema muy grave, no sabría a quién recurrir.	4	3	2	1
22. Cuando me siento mal, busco ayuda en la gente que me rodea.	4	3	2	1
23. Evito acercarme a la gente cuando tengo problemas.	4	3	2	1
24. Cuando he pedido ayuda a los miembros de mi familia me han fallado.	4	3	2	1
25. Cuento con una persona de mi confianza a quien le puedo pedir consejo.	4	3	2	1
26. Me da pena acercarme a la gente cuando lo necesito.	4	3	2	1
27. Por lo menos tengo a una persona a quien contarle lo que me pasa.	4	3	2	1
28. Reflexiono cuidadosamente las cosas antes de tomar una decisión.	4	3	2	1
29. Reflexiono sobre lo que hice bien y lo que hice mal.	4	3	2	1
30. Cuando tengo un problema primero intento entender bien de qué se trata.	4	3	2	1
31. Analizo cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.	4	3	2	1
32. Trato de aprender de los problemas a los que me enfrento.	4	3	2	1
33. Ante un problema analizo los puntos de vista de las personas involucradas.	4	3	2	1
34. Mis creencias religiosas me sostienen cuando pienso que no tengo salidas.	4	3	2	1
35. Ante las situaciones problema me consuelo con mis creencias religiosas.	4	3	2	1
36. Me siento más tranquilo (a) cuando me acerco a mi religión y a sus preceptos.	4	3	2	1
37. Me reprocho mis errores y fallas.	4	3	2	1
38. Cuando estoy metido (a) en un problema me peleo conmigo mismo (a).	4	3	2	1
39. Creo que estoy manejando mal mi vida.	4	3	2	1
40. La presión económica en casa es muy fuerte.	4	3	2	1
41. Cuento con tiempo libre para hacer las cosas que me gustan.	4	3	2	1
42. Tengo el dinero que necesito para divertirme el fin de semana.	4	3	2	1
43. Siento que mi ropa es vieja y pasada de moda.	4	3	2	1
44. Me siento incómodo (a) con la ropa que tengo.	4	3	2	1
45. Trato de llevarme muy bien con las personas que me rodean.	4	3	2	1
46. Tengo una buena comunicación con las personas que están cerca de mí.	4	3	2	1
47. Soy capaz de hacer nuevos amigos.	4	3	2	1

48. Intento ser compartido (a) con los que me rodean.	4	3	2	1
49. Puedo comunicar mis ideas con claridad a quienes me rodean.	4	3	2	1
50. Trato de encontrar el lado positivo de las situaciones que vivo.	4	3	2	1
51. El enojo me dura bastante para que se me baje.*	4	3	2	1
52. Cualquier cosa o situación hace que me enoje.*	4	3	2	1
53. Otras personas me hacen enojar.*	4	3	2	1
54. Cuando algo me enoja, ya mi día se me echa a perder.*	4	3	2	1
55. Veo el lado favorable de lo que me sucede aunque esto pueda no ser tan agradable.*	4	3	2	1
56. Suelo reconocer el lado positivo de las personas.*	4	3	2	1
57. Cuando las cosas no van bien, yo sólo me doy ánimos.*	4	3	2	1
58. Cuando recibo una crítica, pienso en lo que puedo hacer para mejorar.*	4	3	2	1
59. Sin que me pidan mi ayuda, yo la ofrezco.*	4	3	2	1
60. Busco ayudar a personas que están pasando por una situación parecida a la mía, para que no batallen como yo.*	4	3	2	1
61. Busco cómo ayudar a otros.*	4	3	2	1
62. Si alguien me pide ayuda y puedo, le ayudo.*	4	3	2	1
63. Varias personas saben que pueden contar conmigo.*	4	3	2	1
64. Me hace sentir bien el ofrecer ayuda a otros.*	4	3	2	1

2. EGP

Instrucciones: Esta escala está diseñada para conocer su opinión y las situaciones en que usted experimenta sensación de disfrute. Por favor, conteste marcando una cruz (X) a cada cuestión. Su respuesta ha de indicar el grado de acuerdo respecto a cada afirmación, no lo que cree que debería ser o lo que desearía. Por ello conteste con rapidez y no analice demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. Intente responder a todas las cuestiones y no dejar ninguna.

	Nada de acuerdo 0	No muy de acuerdo 1	Ligera- mente de acuerdo 2	Bastante de acuerdo 3	Total- mente de acuerdo 4
1. Tengo mucho sentido del humor.	☐	☐	☐	☐	☐
2. En la vida cotidiana, a menudo hay situaciones o cosas que me hacen gracia.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Soy una persona muy imaginativa.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Si me lo propongo, me imagino las cosas con mucho detalle.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Con pocos datos soy capaz de imaginar todo un mundo.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Normalmente me concentro con facilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Si me lo propongo, soy capaz de encontrar interés en cualquier actividad que realice.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Intento actuar siempre de tal manera que las cosas me interesen al máximo.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Si me lo propongo creo que soy capaz, en la mayoría de ocasiones de disfrutar de una situación grupal.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Creo que con la mayoría de la gente te lo puedes pasar bien.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Soy capaz de pasarlo muy bien contemplando un paisaje o a la gente.	☐	☐	☐	☐	☐
12. En situaciones de espera, cuando estoy solo, intento y muchas veces consigo que se me haga gratificante el rato.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Me organizo el tiempo de ocio que tengo para mí solo de forma que disfrute al máximo.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Creo que seré capaz de disfrutar mucho en el futuro.	☐	☐	☐	☐	☐
15. No vale la pena proponerse disfrutar mucho en el futuro, porque no es útil.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Acostumbro a proyectar el futuro para disfrutar al máximo.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Normalmente, acostumbro a fijarme más en los aspectos positivos de las cosas que en los negativos.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Creo que podría disfrutar incluso si me faltaran muchas de las cosas tradicionalmente buenas de la vida.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ante los problemas cotidianos soy incapaz de disfrutar de ningún aspecto.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Si me lo propongo soy capaz de disfrutar de una situación aparentemente aburrida.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Soy capaz de organizarme la vida para disfrutar al máximo.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Normalmente no tengo presente en mis pensamientos que es muy importante disfrutar cada momento.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Gobierno mi vida de forma que disfrute al máximo.	☐	☐	☐	☐	☐

3. EEP

Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta <i>el último mes</i>. <i>Durante el último mes:</i>	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado(a) por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso(a) o estresado(a) (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro(a) sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado(a) porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

4. SSEU

Instrucciones: Muchas gracias por participar en esta investigación. Por favor conteste todas las preguntas de acuerdo a su experiencia particular y de la forma más honesta posible. Todos los datos obtenidos serán absolutamente confidenciales y solamente se utilizarán con fines de investigación. Cuando termine de contestar por favor meta el cuestionario en el sobre adjunto y deposítelo en la urna. Si tiene cualquier duda por favor consulte con el aplicador.

Actividad Sexual

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

2. En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior, por favor indique la frecuencia temporal de relaciones sexuales.

Diario o casi diario	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	Algunas veces al mes	Algunas veces al año

3. ¿Ha tenido sexo sin protección?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

4. En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior, por favor indique la frecuencia temporal de sexo sin protección.

Diario o casi diario	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	Algunas veces al mes	Algunas veces al año	Nunca

5. ¿Ha estado preocupado por la posibilidad de que su pareja se encuentre embarazada (o por la posibilidad de que Ud. misma esté embarazada)?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

6. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

7. ¿Su pareja (o Ud. misma) han tenido un embarazo no deseado?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

8. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

9. ¿Su pareja (o Ud. misma) han tenido un aborto?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

10. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

11. ¿Ha sido sexualmente infiel?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

12. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

13. ¿Ha tenido sexo con prostitutas(os)?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

14. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

15. ¿Ha tenido sexo estando evidentemente intoxicado por alcohol o por drogas? (Usted, su pareja o ambos.)

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

16. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

17. ¿Participa o ha participado en clubs de *swingers* (intercambio de parejas)?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

18. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

19. ¿Ha practicado sexo anal?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

20. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

21. ¿Ha cometido errores en el uso de métodos anticonceptivos (rotura del condón, olvidar tomar las pastillas anticonceptivas, colocar inadecuadamente el diafragma, etc.)?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

22. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

23. ¿Ha utilizado alguno de los siguientes métodos como estrategia anticonceptiva? (Coito interrumpido, días menos fértiles, método de la temperatura)

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

24. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

25. ¿Ha tenido enfermedades sexualmente transmitidas?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

26. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

27. ¿Ha sido víctima de una violación?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

28. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

29. ¿Ha tenido sexo casual (con una persona que acaba de conocer después de minutos u horas)?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

30. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

31. ¿Ha participado en sexo en grupo?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

32. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

33. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?

Últimos 30 días	Últimos 12 meses	Alguna Vez	Nunca

34. En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indique la frecuencia con la que ha ocurrido.

Tres o más veces	Dos veces	Una vez	Nunca

35. ¿Cuántas parejas sexuales diferentes ha tenido a la fecha?

- Escriba el número_____.

5. CARLOS (CRAFTT)

Las Preguntas CARLOS (CRAFTT)

Por favor responda a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible;
sus respuestas serán tratadas de forma confidencial

Parte A

Durante los últimos doce meses:

- | | No | | Sí |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. ¿Ha consumido <u>bebidas alcohólicas</u> (más de unos pocos sorbos)? | ☐ | Si respondió con un NO las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a la pregunta B1 | ☐ |
| 2. ¿Ha fumado <u>marihuana</u> o probado <u>hachís</u> ? | ☐ | | ☐ |
| 3. ¿Ha usado <u>algún otro tipo</u> de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?
El término "algún otro tipo" se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental. | ☐ | | ☐ |

Si respondió con un SÍ a CUALQUIERA de las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a las preguntas B1 a B6

Parte B (CARLOS)

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un <u>CARRO</u> o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus <u>AMIGOS</u> o su <u>familia</u> que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para <u>RELAJARSE</u> , para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Se ha metido, alguna vez, en <u>LÍOS</u> o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Se le ha <u>OLVIDADO</u> , alguna vez, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba <u>SOLO</u> o SOLA, sin compañía? | ☐ | ☐ |

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN

La información incluida en esta página puede estar protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© Children's Hospital Boston, 2009.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.
La reproducción CRAFTT fue posible, gracias al apoyo de la Massachusetts Behavioral Health Partnership.

6. Datos Generales

Por favor responda a las siguientes preguntas:

1. Edad: _____
2. Sexo: Femenino _____ Masculino _____
3. Actualmente vive con: Familia (padres) _____ Familia (propia) _____ Pareja _____ Solo _____ Amigo(s) _____
4. Carrera que cursa actualmente: _____
5. Semestre que cursa actualmente: _____
6. Promedio general de la carrera: _____
7. ¿Cuántas veces has suspendido en la escuela? Ninguna vez _____ 1 vez _____ 2 veces _____
Más de 3 veces _____
8. ¿Has repetido curso durante toda tu historia escolar? Ninguna vez _____ 1 vez _____ 2 veces _____
Más de 3 veces _____