

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CHONTALES
“CORNELIO SILVA ARGÜELLO”
UNAN – FAREM - CHONTALES



PROGRAMA DE DOCTORADO
Educación e Intervención Social

TESIS DOCTORAL

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO
UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA
LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

Dirigida por:

Prof. Dr. D. Juan Agustín Morón Marchena

Prof. Dra. Dña. María del Carmen Muñoz Díaz

Realizada por:

M.Sc. Karla Patricia Castilla

Managua, octubre 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CHONTALES
“CORNELIO SILVA ARGÜELLO”
UNAN – FAREM - CHONTALES



PROGRAMA DE DOCTORADO
Educación e Intervención Social

TESIS DOCTORAL

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO
UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA
LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

Dirigida por:

Prof. Dr. D. Juan Agustín Morón Marchena

Prof. Dra. Dña. María del Carmen Muñoz Díaz

Realizada por:

M.Sc. Karla Patricia Castilla

Managua, octubre 2017

TESIS DOCTORAL

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO
UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA
LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***



Dr. D. Juan Agustín Morón Marchena, Profesor Titular del Departamento de Educación y Psicología Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, y **Dra. Dña. María Carmen Muñoz Díaz**, Profesora Asociada del Departamento de Educación y Psicología Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla,

INFORMAN

Que **D^a. Karla Patricia Castilla** ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada: ***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)***, presentada para optar al título de Doctora y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral. Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla a 15 de septiembre de 2017.

Dr. D. Juan Agustín Morón Marchena

Dra. Dña. M^a Carmen Muñoz Díaz

AGRADECIMIENTOS

Con estas líneas me gustaría agradecer y expresar mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de la presente tesis doctoral, y lograr una meta más es mi vida profesional.

Son muchos los que a lo largo del proyecto han brindado su ayuda profesional, institucional y personal de forma desinteresada, por todo ello quisiera, en este justo momento, hacer público mi agradecimiento a todos y cada uno de ellos.

Primeramente, Dios y a mi familia en especial a mi madre Martha, por estar pendiente a mis horas de desvelo, a mi hija Martha Alexandra, te pido perdón por no dedicarte el tiempo, durante el proceso de elaboración de la investigación, los amo recuerden que son el pilar de mi vida, cada triunfo es para ustedes.

De esta forma desearía agradecer a las personas que han compartido conmigo este largo camino.

A mis hermanos, María Isabel, David, Juan Carlos que esta gozoso de verme lograr un triunfo más en mi vida profesional, a todos por la paciencia ante mi encierro, y al incumplimiento de actividades familiares. A todos mis sobrinos en especial a Francisco y hermano Uriel, sé que desde el cielo me está viendo hoy quiero decirte que logre.

Agradecer también a todos mis amigos y amigas de siempre, por haber soportado con paciencia mis ausencias y por brindarme el apoyo que he necesitado para seguir adelante y de forma especial, a la que siempre tengo cuando algo no va bien o mal y flaqueo.

A todas aquellas personas de instituciones que me han facilitado todo lo que he ido requiriendo a lo largo de este camino, al UNEN, Policía Nacional y UNAN, FAREM Chontales, así como al alumnado que participo en esta tesis.

A todos mis compañeros de Facultad, de los cuales siempre he tenido el

apoyo y la ayuda que he necesitado, en especial a Marco, Tony, Jairo, Emilio, Winston, Verónica, Yesenia, Zenayda, Néstor, Alfredo y especialmente Jader González por ayudarme a leer la tesis y corregir la ortografía.

Agradezco profundamente a los directores de este trabajo de investigación por su entrega, disponibilidad e ilusión, gracias María del Carmen Muñoz Díaz y Agustín Morón Marchena por tus orientaciones y generosidad al compartir conmigo sus conocimientos, así como el de abrirme las puertas de esta nueva etapa en la área universitaria y profesional.

Quiero darle la gracia Jareth, por estar siempre atento a la culminación de este trabajo, en animarme a seguir adelante, por tu paciencia y tu carisma para no dejarme desvanecer.

Mención especial merecen cuatro personas, sin las cuales tal vez este trabajo no hubiese sido posible, gracias. Gracias por estar a mi lado en todos esos momentos que le he necesitado, aunque lejos la distancia nunca fue un obstáculo para que estuvieran pendiente de mí. Gracias, por ser grandes profesionales y aprender de ustedes día a día. Gracias por tantas cosas, que me faltarían horas para hablar de ustedes. Gracias por estar conmigo cuando más las necesite y poder llamarles "hermanas". Gracias María del Carmen, gracias Almudena, gracias Encarni y gracias Esther.

Gracias a todos, familiares y amigos por ayudarme a cumplir este sueño.....

Índice

I.	CAPÍTULO INTRODUCCIÓN	1
	CONTEXTO Y ÁMBITO	1
1.1.	Justificación y Origen de la Investigación.....	8
1.2.	Planteamiento del Problema y antecedentes.	10
1.3	DECLARACIÓN DE OBJETIVOS	12
1.3.1	Objetivo General de la investigación	14
1.3.1.1	Objetivo específicos	14
1.4.	Estructura del presente informe de investigación.	14
	CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.	ANTECEDENTE GENERALES DE LA UNAN MANAGUA	19
2.1	Reseña Histórica del UNAN Managua.....	19
2.1.2.	Reseña Histórica UNAN-FAREM, Chontales, Juigalpa.....	20
2.2.	ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	21
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN.	21
2.2.1.	APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	21
2.3.	La salud como objeto de la educación.....	29
2.4.	Educación para la Salud.....	48
2.4.	Otros conceptos relacionados	60
2.5.	Educación para la salud y la comunidad.....	71
2.6.	Conferencias internacionales de la organización mundial de la salud	83
2.7.	La educación para la salud en el sistema educativo nicaragüense.....	112
2.7.1.	Las escuelas promotoras de salud.....	120
2.8.	La educación para la salud en sistema educativo superior en Nicaragua	127
2.9.	La educación para la salud en el currículum educativo	131
2.9.1.	Objetivos generales de la educación para la salud	142
2.9.2.	Ámbitos y áreas de la educación para la salud.	144
2.9.3.	La metodología de la educación para la salud.....	150
2.9.4.	La integración de los temas transversales en el centro educativo	151
2.10.	La educación para la salud: prevención del consumo de drogas y su vinculación con los temas transversales.....	156
2.10.1.	Transversalidad en currículum de la UNAN- Managua.....	159
2.10.2.	Aproximación legislativa respecto a la educación integral, según el modelo curricular de la UNAN, Managua.	161
2.11.	Conceptos básicos sobre drogodependencias	164
2.11.3.	Naturaleza de las sustancias: Drogas y sus efectos.....	169
2.11.4.	Drogas ilegales de bajo consumo en Nicaragua	182
2.12.	Drogas legales de mayor consumo.	186
2.12.1.	Tabaco.....	186

2.12.2. Alcohol.....	187
2.13. Etapas del consumo de drogas	188
2.14. Análisis socio-cultural de las drogas.....	191
2.14.1. Creencias y Actitudes de los adolescentes hacia las drogas.....	193
2.15. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas	195
2.15.1. Factores de riesgos y protección personales.	199
2.15.2. Características evolutivas de los Jóvenes.....	201
2.16. Teorías del consumo de drogas	213
2.16.1. Teoría del pensamiento adictivo.	214
2.16.3. Teoría del aprendizaje	218
2.16.4. El condicionamiento clásico	220
2.16.5. La teoría de la conducta Problema.....	222
2.15.6. Teorías del apego social	224
2.16.7. Modelo del Desarrollo social de Hawkins y Weiss (1985).	225
2.16.8. TEORIAS INTERPERSONALES.....	228
2.16.9. Modelo de afrontamiento del estrés.	229
2.16.10. Teoría multietápica del aprendizaje social. (Simons, Conger y Withbeck. 1988). 230	
CAPÍTULO III: PLANTAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	233
3.1. Tipo de Investigación	234
3.2. Paradigmas y metodología de Investigación	237
3.3. Fases y estrategias utilizadas en la investigación.....	254
3.4. Material y método de investigación.....	255
3.5. La ejecución: trabajo de campo.	258
3.6. Los sujetos implicados	261
3.6.1 La población de objeto de estudio.....	261
3.6.2. Tamaño muestra. Procedimiento para su selección.	264
3.7. Muestreo.	269
3.7. Instrumentos y técnica de recogida de datos.....	277
3.7.1 Proceso de validación y fiabilidad del instrumento.	284
3.7.1.1. Validez del Instrumento.	287
3.7.2. Validación por un grupo control.....	288
3.7.2 Confiabilidad de la investigación	291
3.7.3. La aplicación del cuestionario.	295
3.8. Técnica utilizada para el análisis de los datos	297
3.8.1 Variables.....	298
3.8.2. Operacionalización de Variable.....	301
3.9. Análisis cuantitativo del cuestionario	310

Capitulo IV Resultado de investigación.	320
4.1. Fase para el análisis de los datos.....	320
4.2. Fase descriptiva.	322
4.3. Fase de Predictiva.....	367
4.4. Fase correlacional.....	375
CAPITULO V CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.....	381
5.1. Conclusiones del estudio.	384
5.2. Limitaciones.	394
5.3. Implicaciones y líneas futuras de investigaciones.....	395
5.4. Propuesta de actuación, programa de educación para la para la salud.....	396
5.4.1 Justificación	396
5.4.2. Objetivos.....	398
5.4.3. Contenidos.....	398
5.4.4. Metodología.	398
5.4.5. Recursos Didácticos.	399
Educación para la salud: educación sexual.....	402
Videoforum sobre las ETS o sobre el Sida.....	402
Rolplaying sobre el aborto.....	402
Philips 6/6 Los Riesgos: analizando situaciones.	402
Adolescencia perdida.....	402
Hablemos de drogas y adolescentes.....	402
El consumo de drogas en la adolescencia.....	403
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS.....	403
ANEXO	434

Índice de Tabla

Tabla 1 Frecuencia de uso de sustancias psicoactivas durante los 30 días previos por país.....	4
Tabla 2 Características diferenciales de la educación.....	25
Tabla 3 Características pedagógicas.....	154
Tabla 4 Temáticas transversales	155
Tabla 5 Características de los paradigmas de investigación.....	244
Tabla 6 Características de los paradigmas de investigación.....	244
Tabla 7 Población de alumnado de UNAN FAREM Chontales.....	264
Tabla 8 Subdivisión poblacional en estrato por departamento educativo	273
Tabla 9 Subdivisión de la muestra por departamento educativo	273
Tabla 10 Subdivisión poblacional en estrato por carrera de formación profesional ..	274
Tabla 11 Protocolo utilizado por el grupo control para la valoración del cuestionario	289
Tabla 12 Respuestas obtenidas en las escalas de valoración del grupo control.....	290
Tabla 13 Resultado de Alfa de Cronbach de nuestra investigación	294
Tabla 14 Correspondencia de ítems con las variables	295
Tabla 15 Clasificación de variables.....	300
Tabla 16 Operacionalización de las Variables de investigación.....	303
Tabla 17 Situación académica del alumnado.....	325
Tabla 18 Departamento al que pertenece el alumnado	327
Tabla 19 Cuándo fue la primera vez que probaste por primera vez algunas drogas..	329
Tabla 20 ¿Por qué razón has consumido alguna de estas Drogas?.....	336
Tabla 21 Pensando en los último 30 días. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste alguna de estas Drogas?	338
Tabla 22 Razones de Abstención del consumo de drogas.....	346
Tabla 23 ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron ya sea para consumo o para ir comprar droga dentro de la en la universidad?	348
Tabla 24 Percepción sobre experiencia del consumo de droga según sexo.....	348
Tabla 25 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo del tabaco relacionado con el género	369
Tabla 26 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo del alcohol relacionado con el género	370
Tabla 27 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo de marihuana relacionada con el género	371
Tabla 28 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo de cocaína relacionada con el género	372
Tabla 29 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo de crack relacionado con el género	373
Tabla 30 Correlaciones Pearson encontramos la correlación entre las diferentes drogas	376

Índice de Figura

Figura 1 <i>Figura 1 Estructura de Tesis</i>	17
Figura 2 <i>Aspecto que integran la Educación para la Salud</i>	53
Figura 3 <i>Ámbito y área de la educación para la salud</i>	145
Figura 4 <i>Efecto en Cerebro de cocaína</i>	177
Figura 5 <i>Etapas de consumo de drogas</i>	188
Figura 6 <i>Factores de Riesgo de la conducta adictiva</i>	195
Figura 7 <i>Factores de riesgo y protección personales</i>	200
Figura 8 <i>Teoría del Aprendizaje Social.</i>	218

Índice de esquema

Esquema 1 <i>Factores que influyen en la morbi-mortalidad: Informe de Lalonde (1974).</i>	84
Esquema 2 <i>Aportaciones en la conferencia de Alma-Ata.</i>	90
Esquema 3 <i>Aportaciones de la conferencia de Ottawa.</i>	94
Esquema 4 <i>Aportaciones de la conferencia de Adelaida</i>	97
Esquema 5 <i>Aportaciones de la conferencia de Sundsvall.</i>	98
Esquema 6 <i>Aportaciones de la conferencia de Yakarta</i>	102
Esquema 7 <i>Aportaciones de la conferencia de México.</i>	105
Esquema 8 <i>Composición de la Cocaína</i>	176
Esquema 9 <i>Factores que favorecen la integración en comportamiento socios adictivos</i>	196
Esquema 10 <i>Teoría de Pavlov Condicionamiento clásico</i>	221
Esquema 11 <i>Modelo de desarrollo social</i>	226
Esquema 12 <i>Etapas de inicio de consumo de drogas de Simons, Conger y Withbeck.</i>	231
Esquema 13 <i>Diseño de la investigación</i>	255
Esquema 14 <i>Estructura del trabajo de campo</i>	258
Esquema 15 <i>Diseño para la construcción del cuestionario</i>	278
Esquema 16 <i>Construcción del instrumento</i>	283
Esquema 17 <i>Fase analítica de datos cuantitativos</i>	311

Índice de Gráfico

Gráfico 1 <i>Influencia de las determinantes de la salud</i>	84
Gráfico 2 <i>Comparación entre los factores determinantes de salud y la distribución de los recursos</i>	85
Gráfico 3 <i>Respuestas del grupo control a las escalas de valoración para la validación del instrumento</i>	290
Gráfico 4 <i>Distribución del alumnado en función del sexo</i>	322
Gráfico 5 <i>Edad del alumnado</i>	323
Gráfico 6 <i>Carrera que estudia el alumnado</i>	326
Gráfico 7 <i>Has consumido alguna vez en tu vida alguna de estas drogas</i>	328
Gráfico 8 <i>¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez tabaco?</i>	329
Gráfico 9 <i>¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez alcohol?</i>	330
Gráfico 10 <i>¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez marihuana?</i>	331

Gráfico 11 ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez cocaína?	332
Gráfico 12 ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez crack?	332
Gráfico 13 ¿Dónde estabas cuando consumiste por primera vez alguna de estas Drogas?	334
Gráfico 14 ¿Con quién estabas cuando consumiste por primera vez alguna de estas Drogas?	335
Gráfico 15 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido tabaco por última vez?	339
Gráfico 16 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido alcohol por última vez?	340
Gráfico 17 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido marihuana por última vez?	341
Gráfico 18 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido cocaína por última vez?	341
Gráfico 19 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido crack por última vez?	342
Gráfico 20 Pensando en los últimos 30 días. ¿Por qué razón continúas consumiendo algunas de estas Drogas?	343
Gráfico 21 ¿Con qué frecuencia consumo alguna de estas Drogas?	345
Gráfico 22 Entorno familiar: ¿En tú casa y dónde estás tú conoces, alguien que tiene hábitos de consumo de alcohol y tabaco?	349
Gráfico 23 Entorno familiar: ¿En tú casa y dónde estás tú conoces, alguien que usa o consume crack, cocaína, marihuana, alcohol y tabaco?	350
Gráfico 24 Hasta dónde tú conoces. ¿Alguno de tus amigos cercanos, o sea, aquellos con lo que vez frecuentemente, consumen, algunas de las siguientes drogas?	351
Gráfico 25 En entorno educativo. Hasta dónde tú conoces. ¿Algunos de ts compañero de curso o carrera que consumen algunas de estas drogas?	352
Gráfico 26 ¿Cómo clasificarías el consumo de drogas en tú Universidad?	353
Gráfico 27 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente tabaco?	354
Gráfico 28 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente alcohol?	355
Gráfico 29 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente marihuana?	356
Gráfico 30 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente cocaína?	357
Gráfico 31 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente crack?	357
Gráfico 32 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente pegamento?	359
Gráfico 33 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente anfetamina?	360
Gráfico 34 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente éxtasis?	361
Gráfico 35 ¿Qué tan difícil se te sería conseguir algunas de estas drogas en la Universidad?	362
Gráfico 36 Información y formación sobre las drogas en la universidad	364
Gráfico 37 Nivel de participación en actividades preventivas	365
Gráfico 38 Educación para la Salud en el currículo universitario	366
Gráfico 39 ¿Cuáles temáticas gustaría que se integrarán al currículo para estar preparado para resolver problemas sociales? ¿Cuáles?	367

El estilo de redacción de este trabajo de investigación nos ha supuesto una profunda reflexión. Gramaticalmente hablando existen tres enfoques desde los que se puede redactar un documento abordando la cuestión de la perspectiva de género: 1) haciendo alusión a la mayoría, escribiendo en femenino o masculino según la proporción en la que quede representado cada género; 2) realizar el escrito visualizando ambos géneros y/o con palabras genéricas; por ejemplo, “alumnos y alumnas”, “alumnas/os” y “alumnado”; y 3) tal y como establece la Real Academia de la Lengua Española, utilizando el masculino como genérico que representa a ambos géneros. Para la redacción de esta tesis utilizaremos la segunda y la tercera fórmula, ya que consideramos que facilita la lectura del trabajo de investigación realizado, haciendo una especial mención a la distinción de género cuando sea necesario.

CONTEXTO Y ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

I. CAPÍTULO INTRODUCCIÓN

CONTEXTO Y ÁMBITO

Las drogas son las enemigas del futuro y de la esperanza,
y cuando luchamos contra ellas luchamos por el futuro.

Bob Riley.

Cuando hablamos de drogas, nos encamina una visión multicausal, como una problemática de salud pública, social y un impacto negativo para el desarrollo de un país, partiendo de lo antes plateados, nos vienen, inevitablemente, las palabras clave como, la dependencia, marginación, exclusión social, fracaso y abandono de los estudios superiores, lo que viene fomentar un desequilibrio del bienestar en el alumnado y la sociedad, pero cuando hablamos de educación para la salud en el currículo universitarios no referimos, la formación de profesionales capaces de mantener un equilibrio saludable en su entorno, porque tienen una formación integral, en cuanto a los problemas sociales, a valores, prevención y promoción para la salud, entre otros. Todos estos aspectos conforman las características de drogas y la educación para la salud en currículo universitario, ejes centrales de esta Tesis Doctoral que presentamos.

Definir la Educación para la Salud (EpS) nos inunda en un emocionante debate de las políticas educativas superior, con fuerte predominios de los movimientos sociales. Partiendo de los primeros movimientos de la EpS, en la construcción conceptual, debemos señalar que nace en Europa y existe desde hace varios años., aunque es estos últimos años que se han dado un realcé en las políticas educativas superior y en acciones de las ONG y estás indisolublemente unida a la evolución de las teorías y prácticas de salud.

En líneas generales y teniendo en cuenta que en la primera parte del

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

marco teórico se abordara ampliamente el origen de la educación y salud, sus teorías así como los conceptos de EpS, la cual se entiende como *“el proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”* (National Conference on Preventive Medicine, 1975, en Pedrero E., y Morón Marchena., A 2012, Pág. 1596) .

Como lo plantea Beauchesne (2003):

Lo importante no es saber reconocer el consumo de drogas en el niño o el adolescente... lo importante es que el niño y el joven tengan anhelo de vivir y que les demos los medios para ello. Existe la posibilidad de que no nos planteemos nunca la cuestión de saber si se drogan. (280)

En este sentido, el tema en estudio, siempre me ha motivado un especial interés y seguramente está asociado a una educación para salud, para el desarrollo integral del alumnado y su capacitación, para analizar, construir o transformar su realidad, con la finalidad de alcanzar una sociedad mejor.

Porque es importante preparar profesionales competencia para intervenir ante situaciones de la vida y capaz de analizar las elecciones, relaciones y las tomas de decisiones, a como plantean Kornblit., Camarotti y Di Leo, la autonomía personal como:

La libertad y la autonomía para elegir llevan a los sujetos a asumir una manera singular de ver el mundo y de relacionarse con él y consigo mismos y, en esta medida, construyen una forma particular de cuidar de sí. Es decir, los seres humanos poseemos un margen de libertad y autonomía para elegir prácticas sociales determinadas, orientadas a promover o, en algunos casos, a deteriorar la salud (sf, p. 5).

Para profundizar en el estado de la cuestión; debemos tener en cuenta

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

que para conocer nuestro contexto y saber hacia dónde queremos llegar hay que indagar en los orígenes que nos han conllevado a la situación actual que nos enfocamos. En la organización esta tesis doctoral, se realiza un amplio recorrido por los orígenes de la problemática en estudio, y a fundamentación con las teorías que reflejan o justifican por qué este comportamiento en el alumnado y la importancia de la integración curricular de temas sociales que favorezcan la formación integral del universitario.

Por lo que nos centramos en la problemática de las drogas en contexto universitario que no es un problema individual, sino un problema social, y de salud pública, y nos atrevemos a decir que es un problema multicausal y multiconsencuencial, que conlleva a la delincuencia, fracaso escolar, accidentes de tránsito, conductas sexuales riesgosas, embarazos a temprana edad, enfermedades de transmisión sexual y muerte prematura de los adolescentes y jóvenes.

El consumo de drogas en Nicaragua es un problema continuo debido a los limitados estudios y recursos para facilitar las intervenciones basadas en evidencias y programas de prevención de drogas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de uso durante la vida de los jóvenes de Nicaragua es del 41.1% (OMS, 2008) y en 2003 el consumo de alcohol per cápita (litros de alcohol puro) entre los adultos (≥ 15 años) era de 2.5 litros (OMS, 2008; en CICAD y OEA, 2013).

Es estudio realizado por Sánchez sobre el consumo de drogas entre estudiantes de secundaria identificó al alcohol y el tabaco como las sustancias lícitas más comunes; marihuana fue la droga ilícita más comúnmente usada, seguida por el clorhidrato de cocaína, los solventes/inhalantes, y el crack. El mismo estudio reveló que el consumo de drogas tiende a aumentar con la edad y la educación, en las escuelas privadas el uso de drogas es más elevado, el cual remarca la importancia de la prevención de las drogas tanto en la educación formal, como en la informal (Sánchez, 2003).

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Otro estudio reciente realizado en la Facultades de Medicina de dos universidades de Nicaragua reveló que el 36.8% de estudiantes de una (Universidad Autónoma Nacional de Nicaragua, UNAN-Managua) y el 50.7% de estudiantes en otra (Universidad Centroamericana de Ciencias Comerciales, UCEM) habían usado tabaco durante los 12 meses previos. En las mismas universidades, los índices de consumo de alcohol fueron del 53.6% y 77.6%, respectivamente, durante el mismo período (Silva García, 2008).

En Informe de Organización de los Estados Americanos, resalta que el uso de drogas en Nicaragua principalmente en las universidades es alarmante, en el alumnado universitario. Donde se representa los análisis del uso de sustancias psicoactivas en cada uno de los países participantes lo cual reveló que el alcohol y el tabaco/cigarrillos son las sustancias lícitas mencionadas con mayor frecuencia. Los inhalantes, el éxtasis y la heroína fueron las sustancias menos frecuentemente usadas en toda la región. Siendo Nicaragua el tercer país que más drogas consume el alumnado universitario. (OEA y CICAD, 2013)

Tabla 1 Frecuencia de uso de sustancias psicoactivas durante los 30 días previos por país

País	Sustancias psicoactivas							
	Cannabis f (%)	Tabaco/ Cigarrillos s f (%)	Alcohol f (%)	Cocaína f (%) (%)	Éxtasis f (%)	Heroína a f (%)	Inhalante s f (%)	Medicamentos bajo receta usados como drogas f (%)
Colombia ^a	69 (11.2)	169 (27.4)	342 (55.5)	11 (1.8)	3 (0.5)	2 (0.3)	7 (1.1)	13 (2.1)
Jamaica ^b	18 (4.7)	24 (6.3)	92 (24.1)	3 (0.8)	3 (0.8)	3 (0.8)	7 (1.8)	7 (1.8)
Nicaragua ^c	13 (3.6)	64 (17.8)	96 (26.7)	5 (1.4)	4 (1.1)	9 (2.5)	2 (0.6)	20 (5.6)
El Salvador ^d	12 (4.5)	30 (11.2)	44 (16.4)	6 (2.2)	5 (1.9)	3 (1.1)	4 (1.5)	9 (3.3)
Panamá ^e	4 (1.1)	35 (9.3)	89 (23.6)	2 (0.5)	2 (0.5)	2 (0.5)	6 (1.6)	21 (5.6)

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

Uruguay ^f	28 (10.0)	62 (22.1)	152 (54.1)	2 (0.7)	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.7)	13 (4.6)
----------------------	-----------	-----------	------------	---------	---------	---------	---------	----------

a N= 616; b N=382; c N=360; d N= 269; e N= 377; f N= 281. Nota: Los porcentajes mencionados más arriba representan el porcentaje del total de la muestra. Fuente: Preguntas de la CICAD-OEA sobre el Uso y Abuso de Drogas (2013)

Por los hallazgo anteriores y teniendo en cuenta las repercusiones históricas de las drogas, en los adolescentes y jóvenes, por lo que es trascendental, incidir en la prevención desde el ámbito educativo, por lo que es necesaria la articulación de los contenidos académicos con los problemas que afectan a los jóvenes en el diario vivir, en el currículo.

Diferentes investigadores del contexto internacional han resaltado la necesidad y urgencia de incorporar un proceso educativo integral, a través de la implicación del currículo con los temas que afectan a la sociedad en la actualidad, como la adicción a las drogas (Vega, 1993).

Los docentes son autores importantes como mediadores sociales, para integrar la educación para la salud de forma continua, gradual y sistemática en el proceso de formación del alumnado (Rooney y Villahoz, 1994).

Las investigaciones realizadas en otros países, específicamente en los sistemas educativos de todos los niveles, revelan la importancia de la integración de la educación para la salud en el currículo.

En la actualidad la Universidad está centrada en la atención del estudiante como sujeto que se construye en el proceso de aprendizaje profesional, la formación humanística de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social constituye una preocupación y un motivo del que ocuparse (Delor, 1996)

En cambio, Salinas, coautor de Tuning, hace referencia a las competencias genéricas y específicas dentro de los diferentes componentes de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

la formación académica, y afirma que:

...Que no se centra en los sistemas educativos sino en las estructuras y el contenido de los estudios. Mientras que los sistemas educativos son antes que toda responsabilidad de los gobiernos, las estructuras educativas y el contenido lo son de las instituciones de educación superior (Salinas, 2007, p. 2)

La necesidad de articulación de la educación con la realidad social no es algo nuevo, en el informe LOGSE (UPCT, 1990), se hace la referencia a la transversalidad de las estrategias centradas en abordaje de la prevención de la drogodependencia, integrando la prevención en el currículo mediante un área trasversal denominada educación para la salud, en el tratamiento transversal de la prevención del consumo de drogas.

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, consciente de su responsabilidad histórica, y de acuerdo con su Misión, asume la responsabilidad de formar profesionales mediante la gestión de un Modelo Educativo centrado en las personas, que contribuye con el desarrollo integral de los estudiantes. Este Modelo articula las acciones de los diferentes actores partícipes en el quehacer educativo de la Universidad y además, orienta la formación de profesionales con una concepción científica y humanista, capaces de interpretar los fenómenos sociales y naturales con un sentido crítico, reflexivo y propositivo (UNAN. MANAGUA, 2011).

Bajo estas premisas que se hace necesario incorporar la educación para la salud como una asignatura, y como eje transversal en el currículo.

Desde nuestra experiencia, en programas de intervención de este tipo realizadas durante varios años, hemos pretendido establecer varias vías de reflexión que ayuden a la toma de decisión y de rumbo en las intervenciones de los profesionales. En cualquier caso, nuestra aportación es fundamentalmente

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

educativa, ya que las conclusiones y medidas que se proponen deben incidir en una intervención preventiva y de cambio social.

Son los elementos culturales, educativos y de socialización los que nos han servido como punto de inicio de nuestro estudio y que esperamos nos lleven a comprender los motivos que están presentes en las conductas de riesgo del alumnado. También abordamos algunas cuestiones que tienen que ver con rasgos de personalidad, ya que ellos pueden asociarse a determinadas actitudes y creencias ante el consumo, así como cuestiones culturales, sociales o individuales. Junto a los aspectos referidos al consumo, formas y frecuencias, nos hemos interesado en conocer el contexto social en el que éstos se producen. El propósito de este trabajo es justificar la necesidad de incorporar al currículo de la Universidad, el tema de educación para la salud.

Cabe destacar este estudio tiene sus cimientos a lo largo del estudio de la especialidad de prevención de riesgo psicosocial el adolescentes y jóvenes desde 2012-2013, en la Universidad Pablo Olavide de Sevilla España. El programa presentaba para su culminación la elaboración de proyecto de intervención, entre sus línea de intervención en ámbito de educación y promoción de la salud en factores de riesgo en adolescentes y jóvenes, al mismo tiempo he participado en la elaboración y ejecución de proyectos de intervención social, educativa y de salud para la población en riesgo de Juigalpa; partiendo de ser enfermera de profesión y habiendo conocido la necesidad a fondo los riesgo hacia el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes, y sus impacto en la salud y educación de la población en estudio, en correspondencia con esto es que presentó y desarrolló la propuesta temática que se presenta en este documento.

Este estudio está cimentado en un diseño no experimental transeccional, la cuál de desde su planteamiento de basa en el enfoque cuantitativo de investigación. El objetivo principal de esta investigación fue el analizar consumo de sustancias adictivas en el medio educativo universitario y determinar la necesidad de integración curricular de la educación para la salud en la UNAN-

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Managua, Nicaragua.

La confiabilidad y credibilidad científica del estudio, se obtuvo sometiendo el instrumento de recogida de información a consistencia interna con el apoyo del software SPSS 18.0 y el pilotaje, el caso de cuestionario.

Por tratarse de un diseño cuantitativo de investigación, se contó con la participación de 365 estudiante seleccionado por muestreo probabilístico. La selección consintió fundamentalmente, en la seleccionar sujeto temporalmente (es decir durante la investigación) y que convivieran en el contexto universitario. Entre los principales aspectos encontrados a partir de los resultad sobresalen, que escenario de inicio de consumo droga es la universidad y por otro lado la falta de temas transversales de prevención de consumo de droga el currículo educativo.

El presente trabajo nos da una visión acerca de la realidad del consumo de droga y la falta de temas transversales de la prevención de consumo de droga en la universidad. Estos resultados son indicativos de necesidad de integración el currículo la educación para la salud, como una estrategia de prevención de consumo, deserción y fracaso escolar.

1.1. Justificación y Origen de la Investigación

Consideramos que la Educación para la Salud es un elemento clave para el desarrollo personal y social de los seres humanos, considerando de igual forma que es una mejora de la calidad de vida.

Con la visión de que la educación para la salud trasciende las fronteras de la institución educativa y que en los nuevos paradigmas educativos se le da un papel preponderante a la educación para la salud, en todos los subsistemas, es que se lleva a cabo este trabajo de investigación que tiene como propósito fundamental determinar la situación actual del tema y la consecución de una

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

propuesta para incorporar al currículo de la Universidad, la educación para la salud, como eje transversal y como elemento toral para fortalecer los procesos de formación de los estudiantes, como seres humanos integrales e integradores dentro de su praxis, aquellos valores que le permitan mantener un cuerpo sano y una mente sana.

Esto está contenido en la misión y la visión de la Universidad, que establece que la UNAN, Managua, es una institución de educación superior que forma profesionales y técnicos integrales con una visión humanística y científica del mundo, capaces de incidir en el desarrollo y progreso de la nación.

La educación para la salud, apoya la concepción de que la educación tiene una función preventiva, para contrarrestar los problemas globales de la salud en la sociedad, por efecto de las adicciones. Sin embargo, esta afirmación que proviene de alguien que se dedica al mundo de la salud y la educación, puede considerarse algo inconveniente. Muchos podrían rechazar nuestras palabras por obvias, sin embargo, hay muchos documentos de carácter internacional que avalan la importancia de la educación para la salud en todos los sistemas educativos del mundo.

Aún a riesgo de caer en el tópico, nos vemos obligados a defender la función que cumple la labor educadora en el ámbito de la salud, dentro de una sociedad que convive con las drogas a diario.

No obstante, la educación sin salud y la salud sin educación, son inconcebibles.

Por ello Czeresnia y Machado. (2006) afirma:

No podemos trabajar debidamente y de modo práctico la construcción de la idea de promoción de la salud sin enfrentar dos cuestiones fundamentales y entrelazadas: la necesidad de reflexión filosófica y la

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

consiguiente reconfiguración de la educación (comunicación) en las prácticas de salud. (p: 6)

Este trabajo investigador, no pretende quedarse aquí, no ser una mera meta académica, sino ser el punto de partida de otros muchos relacionados con el tema, y servir de compromiso social con la intención de mejorar y transformar todo aquello que así lo requiera.

Se investigará desde la perspectiva de la labor docente, pero también desde la óptica del compromiso social con el alumnado.

Todas estas razones fueron las que nos encaminaron a embarcarnos en la elaboración de la presente tesis doctoral, que, sin duda, nos ayudará a profundizar en los aspectos citados, conociendo y comprendiendo mejor las diferentes características que rodean a nuestros estudiantes.

El análisis de los datos obtenido permitirá determinar la fundamentación para la integración en el currículo la educación para la salud.

1.2. Planteamiento del Problema y antecedentes.

Tras la realización de una ardua búsqueda bibliográfica sobre el tema en cuestión y realizar el estudio pertinente, como hemos podido plasmar en el marco teórico de nuestra investigación, el problema de las drogas es un problema que afecta a todo el territorio de Nicaragua, pero considerando que sería un estudio inalcanzable para nosotros, y aun siendo conocedores de esta realidad, hemos creído oportuno centrar nuestra investigación en la facultad de la UNAN, Managua: FAREM- Chontales de Juigalpa.

En campo educativo no es fácil precisar un problema como la afirma Latorre (2003) *“en ocasiones hasta puede que resulte la tarea más compleja del proceso de investigación”* (p. 55). La afirmación remarca la complejidad de la

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

búsqueda y selección de un problema de investigación en el sistema educativo.

El problema de drogas en los sistemas educativos y la ausencia de la educación para la salud en el currículo que permita la prevención del consumo de drogas u otros problemas sociales que alteran los patrones “normales” de comportamiento de los individuos, es y será siempre un tema de actualidad y un terreno fértil para la ejecución de proyectos de intervención socioeducativos e investigaciones.

Para entender mejor nuestro problema de investigación, hemos creído conveniente plantearnos una serie de preguntas, las cuales nos determinarán el camino a seguir en nuestro proceso de investigación.

¿Cuáles son los riesgos psicosociales que afectan a los jóvenes universitarios de la FAREM- Chontales, ¿con respecto al consumo de drogas?

¿El género es determinante ante el consumo de sustancia adictiva en los jóvenes universitarios?

¿Qué percepciones de riesgo tiene los jóvenes universitarios con relación al consumo de drogas?

¿Conocimiento poseen los estudiantes sobre las drogas y que motivos los lleva consumir?

¿Es posible que los problemas de consumo entre los jóvenes universitarios, se den por la falta de formación en temática preventiva?

¿Es posible la intervención al currículo universitario, para el ingreso de la asignatura de Educación Para la Salud?

Esta investigación se centra en jóvenes que en su mayoría tienen edades de 16 a 24 años (edades entre las que se encuentran nuestros estudiantes).

Somos conscientes que los datos que obtengamos no serán generalizables a todo el territorio nicaragüense, pero sí consideramos y apostamos que será el punto de partida para nuevas investigaciones y se

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

aportará datos para conocer una realidad existente y así poder realizar posibles acciones de mejoras.

El hecho de no trabajar con más realidades, será una dificultad de este trabajo, pero este será un punto de partida. Necesitamos empezar por recopilar datos concretos para posteriormente estudiar otras realidades y hacer comparaciones, pero teniendo ya una base firme para ello y poder llevarlo a cabo de la manera más científica posible.

Toda investigación pretende dar respuesta a un problema o arrojar luz sobre una incógnita. La formulación correcta del problema delimita la cuestión y exige un importante esfuerzo de concreción y esquematización por parte de los investigadores.

Campo temático y relevancia.

El campo de estudio al que se ve direccionado este proyecto de investigación es el consumo de drogas y educación para la salud, lo hemos definido así porque existe la posibilidad que se inserte en la currículum de la UNAN. FAREM- Chontales y que será un precedente para intervenciones al currículum y proyecto de intervención socio educativo como parte de la extensión social de la Universidad.

También, nuestra investigación encierra un campo de acción específico con el que se relaciona intrínsecamente: la misión y la visión de la Universidad; que es la preparación de profesionales integrales así que delimitamos nuestro acercamiento a la temática a un fenómeno social inherente a la praxis de la formación en nuestra alma mater.

1.3 DECLARACIÓN DE OBJETIVOS

En razón de lo expresado, podemos decir que la presente investigación

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

pretende actuar sobre diversos aspectos que inciden en el fenómeno de las adicciones en la población universitaria, matizando los aspectos de género de forma específica. Lo que nos llevó a determinar un conjunto de propósitos específicos que debían guiar nuestro estudio y otorgar sentido a todas y cada una de las fases de la investigación que pretendíamos describir, desde la revisión de la bibliografía, hasta la reflexión acerca de las conclusiones finales.

Con la información obtenida, podemos inferir un cambio cuantitativo y cualitativo en relación al conocimiento e información sobre el fenómeno de las adicciones en nuestra Universidad, que debe llevar a una reducción de los consumos y sus efectos, si a partir de esto, se incorpora la educación para la salud en currículo de la universidad.

En el momento de hablar de objetivos que pretendemos alcanzar con la elaboración de esta investigación, estimamos necesario realizar una breve distinción entre el planteamiento del objetivo general y de los objetivos específicos.

Nuestra investigación nace con el propósito de analizar en profundidad sobre el consumo de sustancias aditiva en ámbito universitario y determinar la necesidad de la incorporación en la curricular la educación para la salud. Primordialmente para conocer la futura inclusión en programas preventivo al alumnado universitario.

De este propósito se recogerá los objetivos generales y específicos que articularán el presente trabajo.

Cuando hablamos de los objetivos que pretendemos alcanzar, consideramos oportuno hacer una leve distinción entre objetivos generales y específicos, siendo estos los fines a conseguir para lograr el fin último de los objetivos generales de nuestra investigación.

Para el desarrollo de la investigación, planteamos los siguientes

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

1.3.1 Objetivo General de la investigación

Analizar el consumo de sustancias adictivas en el medio educativo universitario.

Determinar la necesidad de integración curricular de la educación para la salud en la UNAN- Managua, Nicaragua 2016

1.3.1.1 Objetivo específicos

Como objetivos generales, nos planteamos los siguientes:

- 1) Categorizar los perfiles de los jóvenes universitarios con relación a los distintos consumos y establecer posibles diferencias entre género.
- 2) Conocer el comportamiento y actitud de los jóvenes universitario hacia el consumo de drogas.
- 3) Conocer las percepciones que tienen los jóvenes universitarios sobre el consumo de drogas.
- 4) Identificar los factores de riesgo y protección influyen en consumo o no consumo de drogas.
- 5) Valorar la importancia de incorporar en el currículo de la universidad, la educación para la salud.

1.4. Estructura del presente informe de investigación.

El informe de la investigación que aquí presentamos mantiene una estructura clásica, considerando que contribuimos a su claridad, el mismo consta de cinco bloques fundamentales en lo concerniente a la manera en la que se encuentra distribuido.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

La primera parte (Contexto y ámbito de la investigación), se aborda la introducción al tema de la investigación, los antecedentes del problema, la definición del problema, la justificación de la investigación, los objetivos generales y específicos.

La segunda parte (Marco Teórico: Fundamentación Teórica de la investigación), la destinaremos a la presentación de la estructura formal de la Tesis Doctoral, así como fundamentar teóricamente la realidad concreta que rodea al objeto de estudio central de nuestra obra, conceptualización de las variables en estudio. Inaugurando la segunda parte de esta obra. Dentro de este capítulo constara de cinco partes bien diferenciadas. Recoge la revisión bibliográfica realizada para determinar los elementos conceptuales en los que se sustenta la investigación. En definitiva, el marco teórico del presente estudio. En él realizaremos un repaso por la escasa literatura que hay sobre consumo de droga en la universidad.

Tal escasez, nos ha llevado a abordar aspectos vinculados, directamente con nuestro objeto de estudio. En ella hacemos referencia teórica al fenómeno de las drogas, conteniendo datos sobre la interrelación Educación y prevención, deteniéndonos en el estudio de su concepto, evolución y desarrollo.

Seguidamente, presentamos diferentes concepciones del Subsistema de Formación Profesional competencia, atendiendo de una manera específica a al consumo de drogas y la prevención a través del currículo universitario. Por último, presentaremos la quinta parte que se corresponde con una aproximación a la realidad del consumo de droga en el marco universitario

Tercera parte. (Marco Metodológico) nos sumergirá de lleno en el estudio de campo propiamente dicho, así como, el planteamiento de preguntas directrices, el área de estudio, el tipo de estudio, el enfoque de estudio, las unidades de análisis, la selección del universo- muestra, el tipo de muestreo, los

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

métodos teóricos y empíricos., es decir, pasamos de lo general a lo particular, exponiendo los aspectos metodológicos que han guiado nuestro estudio y el análisis de contenido, que nos sumerge en el programa propio donde se ha realizado el trabajo, mostrando todos sus entresijos y características particulares, para poder así adentrar al lector en la Consumo de droga en UNAN – FAREM Chontales.

Cuarta parte (Análisis e interpretación de datos), en apartado abordaremos en el tratamiento de los datos, haciendo uso de software SPSS, y la interpretación de los resultados obtenidos en la encuesta y la comparación con la teoría

Quinta parte (Conclusiones y propuestas de actuación), Por último, atendiendo al discurrir lógico de toda investigación y adentrándonos en el quinto bloque de esta Tesis Doctoral, nos encontramos: Conclusiones, donde presentamos los resultados obtenidos a lo largo del estudio, que expondremos basándonos en los objetivos marcados al inicio de la investigación, y concluyendo con una propuesta de posibles medidas a adoptar y de futuras investigaciones.

Seguidamente, presentamos el apartado destinado a la presentación de Fuentes bibliográficas e Informáticas de las que nos hemos valido para la realización del presente informe.

Como cierre de esta Tesis Doctoral adjuntaremos una serie de anexos, requeridos por el propio estudio, con el fin de que puedan llegar a explicar, aclarar o profundizar sobre los diferentes aspectos tratados a lo largo de la obra. Añadiremos también los instrumentos que hemos utilizado para la recogida de la información, y que hemos elaborado personalmente, atendiendo a las necesidades propias que ha traído consigo la realización de la investigación.

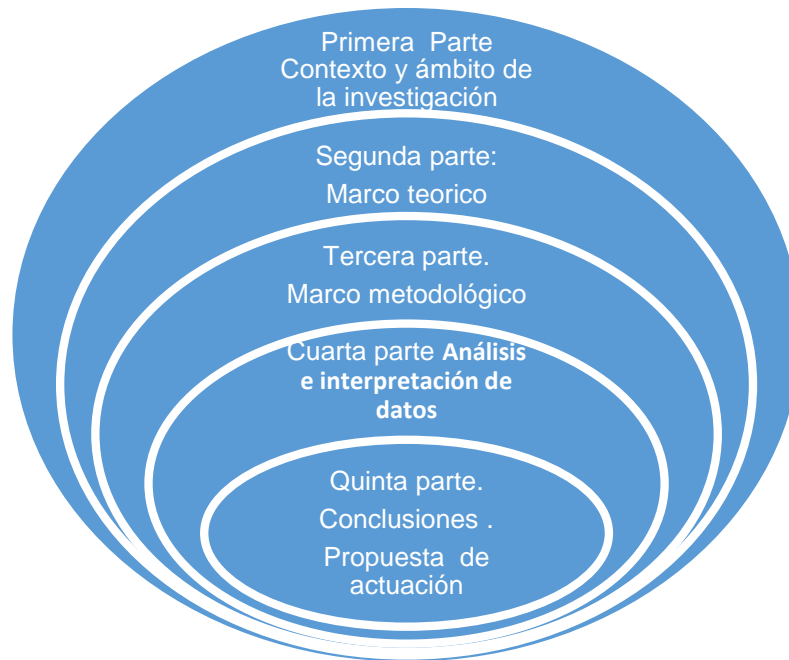
De esta manera creemos haber esbozado la estructura esencial que

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

seguiremos a lo largo del informe de investigación caracterizado, principalmente,

Para finalizar este apartado, sintetizamos en el siguiente cuadro la estructura de la investigación que acabamos de relatar:

Figura 1 Figura 1 Estructura de Tesis



Fuente: Elaboración Propia del investigador

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. ANTECEDENTE GENERALES DE LA UNAN MANAGUA

2.1 Reseña Histórica del UNAN Managua

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), creada en 1958 mediante decreto que le otorgaba la autonomía universitaria, tiene sus antecedentes en la Universidad fundada en 1812 en la ciudad de León. Es la última de las Universidades establecidas por España durante la Colonia en América. El Recinto Universitario "Rubén Darío" comenzó su funcionamiento en 1969. El 29 de abril de 1982, por decreto de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional, la UNAN-Managua se constituyó como institución independiente.

Actualmente la UNAN-Managua es una institución de educación superior de carácter público que goza de autonomía académica, orgánica, administrativa y financiera; que aporta al desarrollo del país, mediante la docencia e investigación con carácter multidisciplinario, la educación permanente e inclusiva, la proyección social y la extensión cultural, en un marco de cooperación genuina, equidad, compromiso, justicia social y en armonía con el medio ambiente.

Funciona con nueve Facultades y un Instituto Politécnico de la Salud, distribuidos en tres recintos universitarios en la ciudad de Managua: Rubén Darío -sede central de la UNAN-Managua -, Carlos Fonseca Amador y Ricardo Morales Avilés, además cuenta con cuatro sedes universitarias regionales ubicadas en las ciudades de Estelí, Matagalpa, Carazo y Chontales.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En la UNAN-Managua estudian más de 33,000 estudiantes entre grado, posgrado y programas especiales. Se ofertan 97 carreras de grados, en las siguientes áreas de conocimiento: Educación e Idiomas, Ciencias de la Salud, Ciencias, Ingeniería y Arquitectura, Ciencias Económicas y Administrativas, Humanidades, Ciencias Jurídicas y Sociales. Cuenta con una planta docente de 847 maestros, en su mayoría con grado de maestría y doctorado. En el área administrativa laboran 1232 empleados. En la actualidad, la UNAN-Managua está inmersa en un proceso de cambios relacionados con la transformación Curricular y la acreditación universitaria, los cuales se desprenden del plan estratégico 2011-2015.

2.1.2. Reseña Histórica UNAN-FAREM, Chontales, Juigalpa

Ahora, centraremos nuestra atención en el contexto específico donde tendrá lugar la investigación. La Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales (FAREM-Chontales), es una de las cuatro sedes regionales y una de sus diez facultades mencionadas en la caracterización de la UNAN-Managua. Está ubicada en el municipio de Juigalpa, capital del Departamento de Chontales.

Los orígenes de la facultad se remontan a la apertura del Instituto nicaragüense de Administración Pública (INAP) asesorado por el Instituto Superior de Economía Cubana (ISDE) en 1984; luego, en 1988, debido a la compactación del estado, desaparece este instituto y son atendidos por la facultada de ciencias económicas de la UNAN-Managua.

Posteriormente, en 1991, se abre la carrera de ciencias de la educación con el Ministerio de Educación, alcanzando la categoría de Centro Universitario Regional (CUR). Luego, en el año 2000 se inicia la construcción del recinto universitario. En el 2012 se constituye como Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

La Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales, está ubicada en la ciudad de Juigalpa, en el km 139 carreteras al Rama, de la Gasolinera Puma (Antigua ESSO) 800 metros carretera a Puerto Díaz.

Es una institución educativa pública, de nivel superior, que forma y capacita profesionales, técnicos, investigadores, con capacidad de liderazgo, dotados de conocimientos teóricos, prácticos, científicos-técnicos, humanísticos, éticos y morales, que le permiten articularse activamente en el desarrollo social, económico, político y cultural de la región y del país (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011).

Actualmente la FAREM -Chontales cuenta con 23 carreras, distribuidas en sus tres departamentos: Ciencia Tecnología y Salud, Ciencias Económicas y Ciencias de la Educación y Humanidades. Para este 2016 la matrícula en el primer semestre fue de 3138 estudiantes, de los cuales 977 son hombres y 2161 son mujeres.

2.2. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN.

La educación para la salud: disciplina fundamentadora de educación para la prevención del consumo de droga.

2.2.1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Al tratar de precisar el concepto de Educación para la Salud (en adelante EpS) queremos señalar la complejidad que supone delimitar su definición, en el caso de querer ser exhaustivos en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge a la persona en su totalidad, de forma holística, y también a su contexto en una doble dimensión, ecológica y social (Perea, 2002:

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

en Pedrero García, 2012). Por ello, no podríamos entender con claridad esta expresión si no se explica con anterioridad el significado de ambos términos. En los siguientes apartados fundamentaremos los conceptos de Educación y Salud, para exponer de forma más consistente cuál es el sentido actual de dicha expresión.

2.2.1.2. CONCEPTO DE EDUCACIÓN

La precisión en el sentido de la educación requiere previamente establecer sus características diferenciales. Nos encontramos pues, de esta forma, ante la definición de un concepto que delimita el objeto central de la Educación para la Salud, por lo que una definición insuficiente de educación nos llevaría a una definición de Educación para la Salud (EpS) inadecuada o incompleta.

Para definir la educación es necesario determinar algunas diferencias hay que determinar según Perea (2002) que estableceremos a continuación.

1ª Primera diferencia: Hablamos de educación entendiéndola como hecho y como reflexión teórica o conceptualización de una acción. Se abre, así, la panorámica que considera la educación como objeto, y, por otra parte, la ciencia que sistematiza los conocimientos del hecho educativo. Las notas conceptuales de cambio, crecimiento, o progreso no explican adecuadamente lo que entendemos por educación.

Para Arroyo (1993) refiere que el proceso educativo no se identifica necesariamente con “cambio” o el vago concepto de evolución o desarrollo... Es decir, el mero desarrollo o cambio no implica una modificación cualitativa favorable del individuo. Hay desarrollos que se pueden considerar buenos y sanos, pero también los hay malos o nocivos.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

La definición etimológica del término para Sanvisens la Educación, proviene de vocablo educere (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como estudia la voz educare (criar, nutrir, o alimentar), este significado de ambas lo que hace propio de la raíz duco es decir “tirar, sacar, traer, llevar, hacer, guiar, conducir” (Sanvisens, 1984). En esta definición se expresa un doble sentido: cuidado, conducción desde fuera, pero también autoconducción o conducción desde adentro; donde surgen dos vertientes diferenciada: la heteroeducación y el autoeducación. Basado en lo ante mencionado Martínez (1987) afirma que la noción de educación en sus orígenes, es simbiótica entre educare y educere.

En cambio, Perea (2002) refiere que la educación como hecho es una certeza que aparece en las diversas formas de cultura como un integrante de la vida de los grupos sociales y de su pervivencia histórica. Partiendo de esta premisa de Perea, los modelos educativos van variar según los grupos humanos y sociedades que se analicen, de igual forma según la época que se estudie.

En el ámbito de la pedagogía se realiza un análisis científico, la conceptualización de la educación es su principal labor. La aseveración de que la educación radica en el ser humano nos lleva a diagrama de qué lugar ocupa la persona en su entorno y en relación con los demás seres, con los que interactúa de forma dinámica en cada contexto. La educación hace referencia de esta forma a la persona en su totalidad, holísticamente, considerando también su contexto social, de ahí la suma complejidad al pretender una conceptualización de dicho término. En la actualidad nos encontramos en unas posiciones teóricas diferentes, a la hora de definir la educación, que sin duda partimos de las creencias, experiencias y escalas de valores de los respectivos autores; por ello, unos ponen el énfasis en una u otra de sus notas características expondremos a continuación. (Pedrero García, 2012).

Arroyo (1984) Ha venido explicitado los rasgos característicos de la educación, y presentó las siguientes notas o realidades básicas que el concepto

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

esencial y comprensivo de la educación debe implicar:

a). El término educación designa no sólo una actividad o proceso sino también el efecto de esa actividad: *“Acción y efecto de educar”*.

b) La educación propiamente dicha se refiere al hombre; es un proceso humano, que supone de algún modo racionalidad y *“libertas”*.

c) La educación encierra necesariamente la orientación a un fin. El significado de la educación no se comprende sin referencia al fin o los fines de la misma.

d) El fin de la educación debe implicar, de un modo u otro, una mejora, dignificación o perfeccionamiento del sujeto humano.

e) La educación, en última instancia, depende y está condicionada por opciones o decisiones previas sobre las cuestiones acerca del sentido y valor del hombre, mundo, sociedad, transcendencia de la vida humana. Se inscribe, por tanto, en un *“sistema”* de valores, del cual recibe inspiración y guía.

f). La educación del hombre, de todo hombre, estará sometida y deberá respetar las exigencias básicas que dimanen de la libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona humana. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) otorga fuerza política y moral a esos derechos *“del hombre”*, de *“toda persona”* (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo, 1,2).

g) La educación, ya se considere como actividad o como efecto, no se comprende plenamente sin una referencia –explícita o implícita- al bien de la persona humana como un todo y unidad psicofísica indivisible, sujeto último de atribución de los efectos educativos. El criterio de interpretación

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

de una influencia o efecto presuntamente educativo deberá tener en cuenta esa referencia al “bien de la persona”, y no sólo a un aspecto o dimensión de la misma. Se entiende, por otra parte, que ese “bien” de la persona íntegra todos los aspectos de la existencia individual y social, sin excluir, en su caso, la dimensión ética o religiosa en el respeto a la libertad de conciencia y a las convicciones íntimas de educadores y educandos (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo, 1,18).

En cambio, López y Barajas, visualiza la educación, es cuando se analiza su contenido, consideran, entre otra, las siguientes notas o características diferenciales de la educación: referencia al hombre, intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (realización personal, individualización, socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda, servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad (López, Barajas, 2000)

Tabla 2 Características diferenciales de la educación

Características diferenciales de la educación y similitudes entre ambos autores.	
Arroyo	López Barajas
Acción y efecto de educar	Referencia al ser humano
Orientación a un fin.	Intencionalidad
La mejora, dignificación o perfeccionamiento del sujeto humano.	Optimización (mejora del perfeccionamiento)
Abarca un “sistema” de valores, del cual recibe inspiración y guía.	Procesual (comunicación, relación)
Estará sometida y deberá respetar las exigencias básicas que dimanen de la libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona humana	Desarrollo de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización)
“Bien de la persona”, y no sólo a un aspecto o dimensión de la misma.	Socialización (transformación social, apertura, compromiso). Ayuda, servicio o auxilio. Búsqueda de la felicidad

Fuente: elaboración Propia

Basado a la característica de López Barrajas, (Pedrero García, 2012) examinaremos algunas de estas notas características diferenciales de la educación:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En referencia al ser humano: sabemos que los animales cambian e incluso pueden mejorar con el adiestramiento, las plantas sometidas a un cuidado adecuado producen abundantes frutos, pero sólo el ser humano puede reflexionar sobre sí y su entorno, sólo él puede “estar presente” ante sí mismo e interrogarse sobre el modo de mejorar la realidad. La racionalidad humana permite la generación de la cultura, la integración de los conocimientos, los modos de relación y formas de vida, el lenguaje, el trabajo, la autonomía y la libertad. La transmisión de esta cultura, la mejora de la sociedad y de los hombres se hace a partir de la educación. Por consiguiente, una nota o característica diferencial será, por obvio que parezca, la referencia al ser humano.

La segunda de las notas identificadas es la intencionalidad. Moliner (1987) define Intención como el punto de mira o el término de acción. La intencionalidad es una propiedad que afecta a la actividad o comportamiento humano. La intencionalidad puede postularse desde diversos ángulos o puntos de vista (Arroyo, 1993): Intencionalidad del agente educador: se interpreta la educación ante todo como heteroeducación y se asigna al educador la intencionalidad en su actuación.

b) Intencionalidad en el educando: en éste se sitúan la conciencia y la intencionalidad propias de la educación.

c) Intencionalidad en el educador y en el educando: restringe la noción de educación, no tendría sentido designar por educación la influencia madre-hijo o el autoeducación en sentido estricto.

d) Intencionalidad no explícita: la educación es proceso o desarrollo, o influencia que produce o genera un efecto determinado de ordinario estimado como deseable.

Perea expone, la intencionalidad humana debe estar presente en la

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

educación. Un hecho parece claro, sólo las mujeres y los hombres pueden ser agentes de educación. Las realidades “no personales” de la naturaleza o de la cultura, el “medio” aun cuando ejerza influencias más o menos fuertes sobre las personas, no actúa, y por ello no se puede decir que eduque (Brezinka, 1990, en Perea, 2002).

Respecto a la tercera nota identificadora: La optimización, la mejora y el perfeccionamiento los consideramos notas clásicas que encontramos en numerosas definiciones de educación. *“Perfeccionamiento y evolución se corresponden, y se implican en el proceso educativo como favorecedor del desenvolvimiento humano”* (Weinert, 1981; en Pedrero, 2012, p 29). Al final de la acción educativa *“esperamos que los educandos sean más valiosos...la calidad de la educación viene determinada por la dignidad, profundidad y extensión de los valores que hayamos sido capaces de suscitar y actualizar”* (Marín Ibáñez, 1981; en Pedrero, 2012, p 29).

González determina cuarto rasgo, la educación como proceso, comunicación o relación consideramos que: el proceso educativo consiste *“no tanto en las operaciones humanas, cuanto en la ordenación de las mismas por la razón”* (González Álvarez, 1969; en Pedrero, 2012, P30). Colom refiere que esta característica o esta dimensión de la educación supone la situación de interacción entre:

...Toda manifestación humana tiene, como mínimo, un dato permanente; en efecto, considero que toda acción humana, todo comportamiento o conducta, puede analizarse como interacción: esto es, como acción entre sí o entre los hombres. El comportamiento humano, como fenómeno más amplio que el propio hombre y, por tanto, integrador de éste, puede reducirse a su premisa más simple si se contempla bajo la categoría de “relación”. La relación humana es, en definitiva, lo que define a la realidad social de las mujeres y los hombres. De ahí que la realidad relacional y su fenomenología concurrente (elementos, influencias y consecuencias de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

dicha realidad) protagonizada por el hombre, deba ser objeto sobre el cual se aplique el conocimiento de las ciencias humanas”. (Colom, 1982; en Pedrero 2012, p: 30)

La consideración de la educación como relación nos conduce a la dimensión constitutiva de la persona y a la valoración de la educación como diálogo. Para Medina Rubio, Corbella y García Areito. (1992) lo indican que las relaciones entre las cosas y entre su entorno por lo que expone textualmente lo siguiente:

La persona, como es sabido, no sólo es capaz de establecer relación con las cosas, con el mundo natural transformado en los tres pilares fundamentales de la cultura (la ciencia, la técnica y el arte) sino que va a depender esencialmente de la relación que establezca “con el otro” y “con los otros”. (Pedrero García, 2012, p 30)

El “*ser con*” no es una destreza que la persona adquiera en el transcurso de su desarrollo existencial, sino que es un rasgo absolutamente connatural y necesario que posibilita, desde la misma esencia de la persona, el que ésta llegue a ser lo que es... en efecto, el valor en la existencia del yo (como salida de sí mismo) del encuentro y de la comunicación interpersonal, puede considerarse una cuestión nuclear de la reflexión filosófica, antropológica y psicológica de nuestro tiempo que se repite, desde perspectivas distintas, en todos los autores: desde el personalismo humanista (Scheler, Mounier), el dialogismo (Buber, Marcel, Levinas), el trancesdentalismo (Heidegger), hasta la reflexión neo-escolástica (Coreth, Marecha, Rahner, Zubiri o Caffarena) (Medina Rubio y otros, 1992; en Pedrero, 2012).

En relación al quinto rasgo, el desarrollo de las aptitudes o capacidades específicamente humanas se refiere a la educabilidad como posibilidad subjetiva de desarrollo.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

El hombre y la mujer son seres indigentes al nacer, pero con una potencialidad extraordinaria de desarrollo. Para Sanvisens (1984, en Pedrero, 2012, p 31)

La personalización, en cuanto adquisición consciente y en cuanto autoguiaje, de carácter en algún sentido determinado, tiene sentido intencional, que no lo tendría, seguramente, para una concepción que centrara la persona únicamente en la individualización y en la simple “capacidad” racional, entendida como si se diera “per se”.

El sexto rasgo, hace referencia a la socialización “*como el proceso educativo que permite el ajuste social del individuo, su transformación, apertura y compromiso*”. En cuanto al séptimo rasgo, relación entre de notas de ayuda o auxilio son permanentes en las definiciones de educación, se podría decir que hacen referencia a la educabilidad desde la perspectiva del educador. Y por último, alcanzar la felicidad ha sido considerado por López Barajas (2000; en Pedrero García 2012, p 3) como el fin clásico de la educación.

2.3. La salud como objeto de la educación.

Realizaremos un recorrido histórico de concepción de salud, para poder comprender concepto vigente por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En expresión de salud pensamos que forma parte de ese grupo de conceptos cuya pluralidad semántica y cuya distinta percepción cultural permite considerarlo como realmente indefinible (González Hernández y García Martínez, 1998; Pedrero García, 2012). Todos partimos de lo que creamos en tener una idea más o menos clara de lo que es la salud, permite que cada ser humano tiene su propia definición de salud, porque es muy probablemente, nosotros constatáramos con nuestra propia definición la que puede ser esquemática o muy amplia a los que los demás conciben como salud. Como

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

todo concepto es neutro, pero el concepto de salud va estar determinado por la cultura y sujeto, así, y a una permanente evolución. Pero también va tener cuentan un punto de partida como son las vivencias personales y el trabajo de reflexión que cada uno de nosotros haya efectuado en torno a la construcción propia de una definición propia de salud y los que nosotros consideremos como salud.

La afirmación de Castillo Lemee (1998), que ser humano parte de la necesidad o del sentimiento de estar sano, el que fundamenta en algunos elementos objetivos, pero, sobre todo, en dimensiones subjetivas difíciles de precisar, como lo exteriorizaremos en este apartado. Podemos partir de esta primicia que manifiesta las precepción de la salud en marco de las edades del hombre: “estar sano” no es lo mismo para un joven que para un viejo, para una mujer que para un hombre, para un trabajador intelectual que para un obrero, para un campesino que para un ciudadano, en nuestro mismo país existe mucha diferencia ya la precepción de salud no es igual para uno de costa caribe que del pacifico, y si los que queremos maximizar para uno de los países desarrollo , que uno de están en un país subdesarrollo o en vía de desarrollo. Sin embargo, nos hace falta compartir una noción común de salud si se trata de convertir el acceso a ella en una responsabilidad de todos.

Pedrero García refiere que para hablar de términos de salud en importante hacer un pacto que oriente las políticas sociales de salud y los esfuerzos colectivos. A los que se refiere Pedrero que es que tienen que haber un determinismo de todas las posibles concepciones del término salud y sobre todo aceptar las derivaciones que tiene de cada una de esas concepciones sobre salud que tienen cada persona. (2012)

A continuación, exteriorizaremos con el término Salud un análisis histórico y etimológico semejante al que hemos realizado anteriormente con el término Educación. Para Perea (2002; Pedrero García, 2012) el término Salud proviene del latín *salus* y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

todas sus funciones. Como veremos ampliamente en este apartado, el sentido del término salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, cultural, social, así como del nivel de conocimientos que se han ido adquiriendo con el paso del tiempo.

En los primeros siglos de la historia se mantuvo, durante un largo periodo de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino; esta actitud aún se mantiene hoy día en algunos pueblos o tribus de África, Asia, Australia y América.

En algunas civilizaciones como egipcia y mesopotámica se produjo un cambio de planteamiento donde se desarrolló un mayor interés por la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes (Pedrero García, 2012)

La palabra higiene y el juramento hipocrático se originan en la cultura griega, ambas palabras son una referencia a la mitología: Higea “*diosa de la salud*” e Hipócrates “*padre de la medicina*”. En un recorrido sobre la salud realizado por García Martínez, Morón Marchena, Sánchez Lázaro y Cobacho Inglés (2009), sobre la salud en lenguaje, nos muestra como la influencia de la mitología griega marco nuestra percepción de salud, a través del lenguaje oral y sobre todo con los rituales independientemente de sus usos (profanos o religiosos). Lo que concluye que “*la Salud vivida (percibida) es algo profundamente social, enraizado en la sociedad, en sus instituciones, en los medios de vida y en la desigualdad que los condicionan*” (2009, p 15).

El concepto de salud nace desde la mitología griega, que marco la percepción de salud en el lenguaje. Para esta sociedad se considera “salud” donde

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

primeramente aparece el lenguaje, ya sea el lenguaje oral y paralelo a esto aparase los rituales, profanas religiosas. Por la que salud “*es percibida, como algo fundamentalmente social, arraigado en las sociedades, en sus instituciones (familiar, comunidad y social), en sus medios de vida y en las desigualdades que los condicionan*” (García Martínez, Morón Marchena, Sánchez Lázaro y Cobacho Inglés, 2009:15; en Pedrero García, 2012, p 32) Para la continuar son salud, donde se destacan tres deidades: Asclepio, Higia y Panacea:

En la Grecia antigua, los encargados de atender las cuestiones relativas a la salud eran los ASKLEPIAD (*Asklepiad*, proviene del dios griego mítico de la curación y la medicina), sujetos a la adoración religiosa de la deidad de Asclepio (Esculapio para los romanos). Esculapio (Asclepio para los griegos), dios griego de la medicina, responsable del reestablecimiento de la salud, según los diferentes mitos es padre, hijo o amante de Higia, diosa de la salud. Para los seguidores de Esculapio, la vida humana sufría de imperfecciones, enfermedades, y el papel de los hombres era reestablecer la salud. Para los seguidores de Higia en cambio, la salud era el estado natural de las cosas, consecuencia del gobierno juicioso dela propia vida.

Más tarde se produjeron avances importantes respecto a la promoción de la salud en el periodo renacentista, pero no será hasta los siglos XIX y XX, cuando se originen los grandes progresos como veremos a continuación.

En el siglo XIX, con los avances en bacteriología, y en la primera mitad del siglo XX, con el descubrimiento de Fleming sobre la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de Seguridad Social y las campañas de vacunación, se abrieron nuevas perspectivas de optimismo frente al riesgo de enfermedades transmisibles. No obstante, pronto se pudo comprobar el carácter multifactorial de la enfermedad ya que, entre otras, las condiciones sanitarias deficientes y las carencias nutricionales tenían gran influencia en la aparición y gravedad de los padecimientos, así como también una serie de factores psicosociales. (Pedrero García, 2012)

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Estas vivencias motivaron, en gran medida, el cambio conceptual más importante, se inicia una nueva reformulación de la salud en términos negativos a una consideración positiva. Lo inconveniente del concepto de salud, se evidencia por mucho tiempo, aproximadamente hasta mediados del siglo XX, se siguió concibiéndose la salud en términos negativos como ausencia de enfermedad e invalideces. Aun considerando la salud como la ausencia total de enfermedad, y si esto fuera posible en situación totalmente estática, tendríamos que abocar la constatación que esa salud –incluso en ausencia de enfermedad– tiene, como la vida misma, un límite: la muerte (Sarlet, García y Belando, 1996). Para concebir el término de salud, hay que tener en cuenta también la enfermedad y el estado de bienestar completo o integral, ya que no se puede ver la salud, de todos los factores del entorno que la pueden modificar.

Para Belando y López (2003) refiere que la visión negativa del término salud ya no es compartida por nadie, ya que no se ajusta a la realidad, y sobre todo que le resta operatividad, estas aseveración la justifica con las siguientes afirmaciones: 1) su aceptación supondría el acotar un límite entre lo normal y lo patológico, lo que no siempre es factible; 2) Los conceptos de normalidad cambian con el tiempo; y, 3) las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales (así como, por ejemplo, no se puede afirmar que la paz sea la ausencia de guerra, tampoco podremos decir que la salud sea la ausencia de enfermedad). Teniendo en cuenta afirmaciones, podemos atrevernos a decir que, las asignaciones de los gastos públicos de salud, se invierten en instalaciones, equipos tecnológicos e investigaciones, para identificarlos factores que alteran la salud y tratar la enfermedad, por lo que vemos que siempre encontramos una importante influencia de las definiciones de salud.

Pero estos cambios, no será hasta mediados del siglo XX cuando la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (1948) defina en su Carta Magna, concretamente en el artículo 11, la salud como:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos. (Pedrero García, 2012, p 34)

Es análisis que realizar García Martínez a esta definición, nos encontramos con dos aspectos importantes (, 2000, en Pedrero García y Morón Marchena 2012):

- a) Por un lado, la utilización de términos abstractos, que se observan en la formulación de buenos e incluso utópicos deseos en consonancia con la pretensión de promocionar la salud, antes que, de definirla, así como en la propuesta de cambiar la sociedad de manera que posibilite la plena realización de las personas.
- b) Por otro, aparece otra visión estática del concepto de salud, como afirma Polaino- Lorente (1987), al considerarlo como un estado “completo de bienestar físico, mental y social”.

En esta definición se relata la salud como condición positiva que tiene en cuenta a la persona en su totalidad y unidad.

Esta cimentación interrelacionada de salud total, o completa, como presenta la OMS, es más bien un planteamiento holístico y utópico, que según García Martínez (2000) tiene más de intención o voluntad política de que realidad. Un acercamiento sistémico a la visión de una salud global, en interacción de la persona como individuo social, a la vez que mente que se siente y tiene su propia idea de la armonía o equilibrio de su cuerpo con el cuerpo social

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

(grupo) al que pertenece, en el medio ambiente en el que se encuentra, “es una transformación positiva de las estructura equilibrada del mens sana in corpore sano, para extenderla holísticamente a una cosmovisión revolucionaria del futuro de la salud” (Sarlet, García y Belando, 1996:95; en Pedrero García , 2012, p 35).

Para Nightingale el termino salud tiene que haber un equilibrio entre ser humano y en el entorno, por lo que la define salud: “estado de bienestar en el que deben ser aprovechadas al máximo las energías de las personas. Estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno”. (1969, p 2)

Esta definición remarco un verdadero cambio cualitativo respecto de las concepciones anteriores, ya que incluía junto con la dimensión que integran al ser humano como son física, también la psíquica y social y sirvió como punto de partida para los debates posteriores que sobre este término se han ido produciendo. Sin embargo y a pesar del avance cualitativo, esta definición sufrió posteriormente numerosas críticas, ya que se la calificó como algo absoluta, estática e incluso utópica.

En este recorrido se pudo comprobar, la definición de salud ha ido sufriendo modificaciones diversas en el tiempo, desde la rigidez clásica de la ausencia de la enfermedad a la maleable del completo estado de bienestar, concepciones que han condicionado modelos de planificación e intervención, estableciendo distintas metodologías para acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases sociales (Ponce, Muriel y Gómez, 1997).

El punto de partida de esta afirmación anterior deriva una perspectiva apoyada en modelos estadísticos de predicción, con investigaciones que tratan de acercarse a la realidad de las desigualdades a partir del control de variables casi exclusivas de morbi-mortalidad y, aunque en menor grado, de las de tipo social. Por contra, la segunda concepción se apoya en técnicas estadísticas, estructurales y etnológicas, tratando de acercarse a la realidad sociosanitaria de

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

las clases creando grupos de variables tipo, más concretamente, de "estilos de vida" o "hábitos saludables". Hemos de decir que en ambos casos las investigaciones aparecen limitadas y sesgadas. (Pedrero García, 2012).

En la actualidad nos encontramos asiduamente con la definición inicial de salud de la OMS. Esta afirmación marco un hito importante en los cambios cualitativos para los planteamientos futuros de salud. Es importante resalta que esta nueva conceptualización de salud destaco sobre todo por el carácter holístico que le confiere al término salud, aunque que criticada algunos autores ausencia los aspectos espirituales de la salud y del bienestar. Para otros, es excesivamente utópica, ya que consideran que el completo estado de bienestar no existe.

A continuación, analizaremos dichas críticas. Terris (1980) y San Martín y Pastor (1988) la criticar que le realizaba a la definición establecida por la OMS, la han modificado proponiendo la eliminación del término "completo", formulando en el caso de Terris la siguiente definición de salud: *"un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*. Con ello, como comentan Belando y López (2003), dicho autor sugiere que la noción de salud se basa en dos criterios: uno subjetivo (el bienestar) y otro objetivo (la capacidad de funcionamiento), y elimina la palabra "completo" ya que ni la salud ni la enfermedad son un absoluto, sino un continuo. (Pedrero García, 2012, p 36)

También marcan otros aspectos susceptibles de crítica del clásico concepto de la OMS era su carácter subjetivo, en el sentido que obvia los criterios objetivos (datos físicos observables y medibles relacionados con la salud biológica o física) y subjetivos (percepción que cada uno tiene acerca de su salud y su sentimiento de estar sano) o que no expresa suficientemente la interacción dinámica de los distintos aspectos físicos, mentales y sociales.

Ambos criterios nos dan las pautas para hablar del significado de estar

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

sano. En cuanto al primer aspecto (el aspecto objetivo), Laín Entralgo (1978) ha abordado dicho tema, distinguiendo cinco criterios objetivos del concepto salud:

- 1) Un criterio morfológico (ausencia de lesiones o alteraciones físicas);
- 2) Un criterio etiológico (inexistencia de taras genéticas o agentes patógenos en el organismo del sujeto)
- 3) Un criterio funcional (es sano el hombre que es normal desde el punto de vista orgánico y funcional)
- 4) Un criterio utilitario (es sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño)
- 5) Un criterio comportamental o conductual (es sano quien está integrado socialmente).

Por lo que corresponde al sentido subjetivo de "estar sano" habría que hablar de algunos motivos psicológicos, como: conciencia de la propia validez, sentimiento de bienestar psico-orgánico, cierta seguridad de poder seguir viviendo, libertad respecto al propio cuerpo, sentimiento de semejanza básica con los demás hombres y la posibilidad de gobernar el juego vital de la soledad y la compañía (Feito, 1996).

Esta perspectiva de salud conformada por aspectos objetivos y subjetivos es igualmente apoyada por San Martín y Pastor (1988, p 13), quienes defienden que la concepción de salud hace referencia a un:

Proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, fundamentalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad.

En esta definición, afirman Sarlet, García y Belando (1996), además de considerar los dos componentes ya señalados por Terris (1980), objetivo y subjetivo, se añade un tercero, asimismo básico, que es de tipo psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo). Estos autores aseveran que no se puede definir la salud como estado absoluto (como se

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

afirmaba con el concepto de salud de la OMS), ya que la salud tiene una íntima relación con el entorno ecológico y social que es en sí variable, como también lo es el hombre. Por último, y por igual motivo, sostienen que no se puede establecer límites nítidos entre la salud y la enfermedad, entre éstos sólo se puede establecer grados y manifestaciones diversas mezcladas (Pedrero García , 2012).

En el período de los setenta se llevaron a cabo una serie de estudios que pusieron de manifiesto los factores no sólo internos del individuo, sino también externos (ambientales y sociales), observándose la necesidad de dirigir la acción educativa no sólo al individuo, sino también hacia la interacción con el entorno.

De tal manera que algunos autores como San Martín y otros definen la salud como el grado de interacción del hombre con su medio. Otra definición interesante es la que propone Iván Illich (1986) que define la salud como *“la capacidad de adaptación al entorno cambiante; la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz”*. Podemos destacar en esta definición la referencia a la capacidad de la persona, valorando la autonomía, así como el autocuidado. El autor considera, de igual forma, que el sufrimiento y la muerte son parte integrante de la vida y considera que se puede vivir en salud, aunque se sufra, siempre que el sufrimiento no quebrante a la persona (Pedrero García, 2012, p 36)

En las últimas décadas del siglo XX, Matarazzo (1980; en Pedrero García , 2012:38) utiliza en el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud es: conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual, hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales, para la prevención de las enfermedades y disfunciones así como para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y social.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Coincidiendo con Antó Boqué (1983; en Pedrero García, 2012, p 38), *“toda cultura elabora su propia manera de entender y expresar la salud; igualmente, en el interior de esa cultura, cada individuo reflexiona e interioriza su propia vivencia de la salud y la de aquellos que le rodean”*. En el caso de nuestro país, sería la correspondiente a la de un país latino americano, en vía de desarrollo, con una notable carga cultural histórica que de alguna manera tiene que influir en la elaboración y ejercicio del concepto personal de salud.

En ese mismo período Durán define la salud como (1983, p 35): *“un estado general, difuso en el tiempo, en tanto que la enfermedad o, mejor dicho, las enfermedades poseen una clara concreción temporal”*. Siendo este un punto de partida crucial para la integración del término a la definición de salud como *“ausencia de enfermedad”*, adquiera todo el protagonismo en la percepción del sentido común, máxime cuando sabemos que el 98% del presupuesto destinado a la *“salud”* se destina a la adquisición de equipos y al pago de nóminas de personal destinados a tratar las enfermedades (Greene y Simons-Morton, 1988; Terris, 1980), y sólo el 2% restante se destina a actividades de prevención o promoción de la salud pública.

Quedando en la historia el término de salud, en términos positivo a partir de ese momento, son numerosas las definiciones que se formularán sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos, de esta forma podemos determinar que la salud hoy día no es entendida como ausencia de enfermedad, ya que ha quedado superada dicha acepción.

La Oficina Regional Europea de la OMS en 1985 definió la salud como *“la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”* (Pedrero García, 2012, p 39). Desde este punto de vista se considera que la salud no es un fin en sí mismo, sino un recurso para la vida cotidiana (idea que aparece en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud). Se trata, entonces, de un concepto positivo que potencia tanto los

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

recursos sociales y personales como la capacidad física, y que abarca aspectos objetivos (capacidad de funcionamiento), subjetivos (bienestar) y de tipo socioecológico (respuestas del individuo a los estímulos del entorno con el fin de conseguir un equilibrio dinámico con éste.

La interacción del hombre con el medio se considera como elemento fundamental para permanecer en salud. De esta forma para San Martín Pastor (1988; en Pedrero, 2013, p 39): hace una interrelación entre la salud y enfermedad:

.... La Salud como la enfermedad provienen no sólo del patrimonio genético que nos trae la vida, sino que, concretamente, dependen de las reacciones de nuestro equipo biológico frente a los estímulos múltiples y diversos del ambiente ecológico social que simultáneamente es físico, biológico, psicológico, social y cultural.

La interrelación entre los términos salud y el comportamiento es prácticamente aceptada en su totalidad. De esta forma lo establecía Polaino-Lorente (1987; en Pedrero García y Morón Marcena, 2012, p 1597):

La salud o es salud comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad era lesión orgánica o no era nada. Si antes se defendió la enfermedad en función de la patología, ahora se define la salud en función de la conducta. En cierto modo, aunque la conducta no sea la razón última capaz de explicar la salud, tal vez sea la penúltima.

Greene y Simons-Morton (1988), por su parte, respalda el concepto de la OMS se omite la condición espiritual. La propuesta de estos autores incluye las tres dimensiones de la OMS y las sitúan en un contexto espiritual el cual varía notablemente a nivel individual. Sin embargo, hay que señalar que la OMS ha reconocido años después, en 1998, en su Glosario de Promoción de la Salud, que la dimensión espiritual de la salud está cada vez más reconocida.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Conviene recordar la conocida frase de Piédrola y otros (1991) que mantiene que la salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta que la pierde o intenta definirla. Segovia de Arana (1994) señala que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, ni como la define la OMS, un estado de bienestar físico, mental y social, ya que según esto difícilmente podría encontrarse una persona verdaderamente sana. La salud sería para Segovia de Arana, *“un concepto individual que se nutre o deriva de la idea que debe predominar en una sociedad”*. (De la Rosa Acosta y Morón Marchena, s.f, p 115)

Compartimos, al igual que García Martínez (2000), el concepto de salud planteado por Castillo Lemee (1993, p 2; en Pedrero García , 2012, p 40):

La salud a la cual deberíamos aspirar, para la cual deberíamos educar, es, pues, una salud holística, integral, que considera a cada individuo en su totalidad física, mental y social, ligado indisolublemente a su medio físico, biológico y psicosocial. Es una salud colectiva, comunitaria, ecológica, resultado de un equilibrio inestable entre múltiples internos y externos, en cada individuo y en cada comunidad. Partiendo de esa concepción, las acciones de salud ya no pueden constituir la responsabilidad exclusiva de una categoría de técnicos, sino que pasan a ser una tarea que todos debemos compartir. Ellas ya no pueden centrarse en los individuos, sino que deben extenderse al medio donde ellos viven. Ya no pueden basarse únicamente en técnicas médicas, sino que tienen que echar mano de otras técnicas y conocimientos.

Gracia (1991) por su parte se permite, siguiendo en parte la definición de la OMS, distinguir e interrelacionar dos niveles en la categoría salud:

- a) Salud biológica o física, que vendría definida como la ausencia de enfermedad o de disfunciones en el cuerpo físico;
- b) Salud biográfica o moral, correspondería al estado de perfecto

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

bienestar físico, mental y social.

- c) Así pues, si la salud no atañe sólo al propio cuerpo, sino que tiene una esfera mucho más amplia del ser humano en cuanto totalidad, la salud podría venir definida inseparablemente como el estado de integridad biológica (salud biológica) y de bienestar y perfección biográfica (salud biográfica). Estos niveles los conecta Gracia sosteniendo que el primero responde a un nivel universal, público o de mínimos, y el segundo, a un nivel particular, privado o de máximos.

El primer nivel viene dado por los derechos que uno tiene como miembro de una sociedad (derecho de todos), mientras que el segundo se caracteriza por las obligaciones que uno tiene como persona concreta (derecho de uno mismo).

Para Gracia (p 12), la salud *“consiste en la capacidad de posesión o apropiación del propio cuerpo, y no sólo de disponer de bienes o medios que produzcan bienestar”*. Los que son capaces de controlar su cuerpo, de poseerlo y apropiárselo, tienen más salud que los que se conforman únicamente con el bienestar material. La salud, continúa Gracia, no es un "hecho", "sino un valor" y no tiene sentido más que en el conjunto de un determinado sistema de valores. La idea moderna de salud, considerada como *“un valor personal, una apropiación e instalación del individuo en su propio cuerpo y no simplemente el bienestar físico, psicológico y social”*, supera la tradicional definición de la Organización Mundial de la Salud. Existen, pues, también otras definiciones que consideran la salud como un recurso para vivir o como una capacidad de adaptación, e incluso como una forma de alcanzar la felicidad, la alegría y el bienestar.

Al hablar de salud, por lo tanto, hay que tener en cuenta una serie de aspectos de índole social, referidos al contexto social, que en gran medida determinan a aquélla. La salud es una cuestión global y no puede hablarse de ella en un contexto geográfico reducido, aunque existen aspectos que dependen

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

de las condiciones concretas de un lugar determinado: la interrelación entre la salud y el entorno el medio ambiente, tal como señalan diversos autores- dependen de "condiciones planetarias", como una tarea transdisciplinar.

Estas últimas definiciones nos aproximan al concepto actual de salud situándonos en un plano integrador de la sociedad y el hombre, y configurando el sentido actual de la salud en el mundo occidental, de tal forma que podríamos también definir la salud como un: *“Conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”* como afirma Perea (1985 - 2002).

Para Feito (1996, p 64) el concepto "salud" es un término amplio y complejo, en el que se pueden dar las siguientes características:

De la salud tendremos que decir, como notas que le son propias, que es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)

Por su parte, Gómez Ocaña (2005), entiende por salud un estado de "bienestar" que concierne a la persona en su concreción bio-psico-social-espiritual; un bienestar que no contempla al sujeto de manera estática y fija, sino como equilibrio que siempre se encuentra relacionado con las diversas condiciones de vida, de trabajo, de tiempo que transcurre, de peligros que deben afrontar, de riesgos, tensiones que inevitablemente atraviesan el camino de su existencia humana. Según esta autora, el "estar bien" o "estar mal" puede depender en primera instancia del sujeto que se encuentra viviendo su propia

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

condición en el espacio insuperable de su cuerpo a través del cual median las relaciones con el resto del mundo.

Definir la salud como “*completo estado de bienestar*”, en concreto significa excluir cualquier forma de sufrimiento o limitación para poder gozar de calidad de vida, alimentando así un mito inalcanzable poniendo las bases para un proceso sistemático de delegación a las técnicas clínicas o a las sustancias químicas en la dimensión humana del sufrimiento. El derecho a la salud que la Constitución española atribuye al ciudadano significa, reconocer que el interés primario de este bien es origen, competencia y actividad del sujeto en su concreción. Para Ocaña, la definición de la OMS, parece una definición más adecuada a representar situaciones de tipo “ideal” que en la realidad dinámica de salud en condiciones de normalidad. Por lo que propone que es necesario plantear una descripción de salud entendida como “activa capacidad de afrontar la vida hasta en sus momentos de mayor dificultad”.

Así pues, entendiendo la salud desde un enfoque integrador y convergente, podemos hablar de diferentes tipos de salud: salud física, salud emocional, salud mental, salud social, salud laboral, salud económica, salud ecológica, etc. Vamos a tratar de ver cómo se concibe la salud desde algunas de estas vertientes hoy día:

- Salud somática: es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas (por ejemplo, peso corporal, agudeza visual, fuerza muscular, funcionamiento eficiente del cuerpo, etc.). La salud es entendida desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales.
- Salud psíquica: es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar y comprender la información dada, ejecutar la

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

capacidad para tomar decisiones, etc.). En la salud psíquica cobra importancia la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades, así como la de aceptar y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas. El individuo necesita, pues, vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con las demás personas.

- Salud social: es condición necesaria para la salud física y mental. Una sociedad enferma da lugar a la aparición de enfermedades individuales (ambiente, hábitat, vivienda, alimentación, transportes, contaminación...). La salud vendría identificada, desde esta comprensión, con la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse en la urdimbre cultural que le haya tocado vivir, según la lotería social, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o la tarea social que él mismo pueda y quiera darse o la sociedad decida otorgarle. El individuo necesita tener habilidades para interaccionar bien con el resto de personas y el ambiente.

- Salud ecológica: las posibilidades tener una vida saludable están en relación directa con la salud ambiental: aire puro, agua limpia, control de ruidos, belleza del ambiente, etc. El hombre es un ser vivo solidario del resto de la biosfera, esto es, es un ser con-un-entorno. El ambiente, pues, puede influir o predisponer a la persona a tener más salud o a desarrollar enfermedades.

- Salud espiritual: este modo de entender la salud no puede quedar ignorado, dada la naturaleza metafísica del ser humano. La salud espiritual debe ser entendida como aquel estado en el que las creencias de una determinada persona o pueblo son incluidas como elementos constituyentes de la existencia y de la felicidad que cada cual quiera creer o perseguir. Pero las ideas y creencias pueden ser más beneficiosas o más dañinas unas que otras para el ser humano. Por otro lado, el mundo

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

de la interioridad no puede ser menospreciado si queremos tener una concepción integral de la salud humana o dotar algunas experiencias humanas de cierto sentido.

Con todo, sostenemos que sigue resultando difícil definir integralmente la palabra salud, quizá porque ninguna definición de las posibles se ajusta de manera perfecta a una realidad tan cambiante, mudable, abierta y dinámica como la salud. Pero también porque es muy complejo encerrar en una determinada palabra todo cuanto el ser humano es o puede llegar a ser en relación a la salud, ya sea en sentido propio o colectivo.

Si comentamos las definiciones que dos de los profesores titulares en Educación para la Salud han transmitido nos encontramos con que:

Para García Martínez, Sáez Carreras y Escarbajal de Haro. (2000, p 19) la salud es: *“Un estado, esto es, una cualidad vital que afecta a la totalidad de la vida misma y, en tanto que tal, representa un desafío permanente para cualquier definición precisa y medible”*. De esta forma, comenta García Martínez et al, los múltiples factores que inciden en la configuración de ese estado de salud (físicos, mentales, sociales, culturales, económicos, espirituales,...) dificultan, .que puedan ser analizados y sintetizados a partir de una específica disciplina o perspectiva teórica y configurarían la salud como un concepto relacional o ecológico, en el que el ser humano se sitúa en relación a su contexto vital, social y natural.

En cambio, el profesor Morón Marchena (2010) entiende que, si la salud se identifica con el bienestar y la felicidad, estaremos persiguiendo siempre una utopía, lo que nos conducirá a una continua e insaciable demanda de los cuidados sanitarios, generadora de gastos inútiles y posiblemente también de situaciones neuróticas.

En modo de conclusión, enumeramos algunos elementos que se desprenden según Sarlet, García y Belando (1996), de las aportaciones

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

anteriores sobre la concepción de salud y que, a nuestro juicio, constituyen los ejes principales sobre los que construir las intervenciones en salud. Dichos elementos o aspectos característicos de nuestra visión sobre la salud son los que explicitamos a continuación:

- La salud es un concepto que debe ser definido en términos positivos.
- La salud es un concepto dinámico; no se puede pretender, pues, definirla como algo estático ni absoluto. La salud es, además, un proceso.
- La salud está influida por múltiples y diversos aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales, entre otros muchos.
- Se identifican tres componentes fundamentales: subjetivo (bienestar), objetivo (capacidad de funcionamiento) y socioecológico (respuesta y adaptación del individuo a los retos del ambiente para lograr un equilibrio dinámico con éste).
- La salud debe ser entendida como recurso para la vida cotidiana y constituye, además, un factor esencial de la calidad de vida.
- Por último, pero no menos importante, es la apreciación de la salud como un elemento que permite desarrollar las potencialidades de cada uno. Es decir, la salud facilita el crecimiento personal a todos los niveles, lo que conlleva un sentimiento de satisfacción y plenitud.

En relación a la concepción expuesta anteriormente sobre salud, se entiende que la educación para la salud es un instrumento de promoción de salud en cuanto proporciona estrategias para que los individuos elijan las opciones más saludables siempre que el entorno ofrezca oportunidades de elección. No obstante, hay que aclarar que la educación para la salud no se refiere solamente a las conductas individuales de salud y de riesgo, sino que requiere, asimismo, desarrollar actividades dirigidas hacia grupos y organizaciones que conciencien sobre las causas ambientales, económicas y sociales de la salud y de la enfermedad.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Como hemos podido observar a través del análisis etimológico e histórico realizado, el concepto de salud se ha ido modificando con el paso del tiempo como decíamos anteriormente. Pero hoy día, al hablar de salud, tenemos en consideración la necesidad de contemplarla en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, en los que la educación, la participación comunitaria y los aspectos sociales tienen un importante papel.

En cualquier sociedad, la salud representa un indicador determinante de su desarrollo. Hablar de salud es complejo, e intervienen distintos aspectos, muchos de carácter social, que se relacionan con el ámbito educativo, todos interconectados. (Pérez Serrano, 2000).

Éstas son precisamente las ideas en la que nos centraremos en las líneas siguientes: destacar la importancia del factor "educación" en la salud, de la perspectiva pedagógica de la salud y la necesidad de un planteamiento amplio, de su visión social, en el que están implicados todos los agentes sociales en el papel de la comunidad, de la ciudadanía a la hora de abordar la salud. No olvidemos que en la actualidad, la Educación para la Salud debe provenir del ámbito del hogar, de la comunidad, de los medios de comunicación social y de los propios centros educativos en los diferentes niveles de formación formal.

2.4. Educación para la Salud.

Pretendemos en este apartado acercarnos al concepto de *Educación para la Salud*, para lo que partiremos de la definición de *salud* y consideraremos la de *Promoción de Salud*. Sin embargo, la cuestión no es fácil. Numerosas instituciones o autores han definido, si bien no de idéntica manera, sí de forma lo suficientemente coincidente como para poder enmarcar la concepción de *Educación para la Salud*.

El lector podrá comprobarlo consultando las revistas, publicaciones o

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

manuales citados en la Bibliografía. No obstante, como punto de partida, es conveniente realizar una aproximación al término, aun sin ser exhaustiva, que permita plantearnos el tema y ver su previsible evolución.

La disciplina de Educación para la salud, como materia autónoma se constituyen en 1921, con el primer programa de EpS que se impartió en el Instituto de Massachusetts, aunque el término de EpS fue usado por primera vez en 1919, en la una conferencia sobre la ayuda a la salud infantil (Perea, 2002)

Esta disciplina se constituye formalmente, según Perea (2002), como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleado el término Educación para la Salud por primera vez en 1919, en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

Un simbolismo clave de identidad en la sociedad actual es el constante “*cambio*”, la transformación social en las que se halla inmerso el mundo actual, la cual exige una educación con una constante adaptación a las diferentes formas de vidas, siendo necesario idear estrategias de intervención educativas que den respuestas a los problemas que se van generando. (Perea, 2002).

Una definición insuficiente de educación y de salud, nos llevaría a una definición de EpS inadecuada, porque lo que era necesario hacer un análisis crítico de educación y salud. Ahora veremos a definición de ambos términos.

Para Calvo Fernández y colaboradores (1996; en Pedrero García y Morón Marchena, 2012), tras revisar distintas definiciones, los múltiples conceptos de Educación para la Salud podrían representar las ideas de los diferentes profesionales y organismos nacionales e internacionales que están interesados en su estudio y desarrollo, aunque todas tienen como objetivo común a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los sujetos, hacia una salud positiva. Siguiendo la citada revisión, reseñamos algunas

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

definiciones:

- La primera organización profesional surge en 1922 The Public Health Education, perteneciente a la Asociación Americana de Salud Pública. Esta asociación define la Educación para la Salud como la suma de experiencias y motivaciones que incrementan el conocimiento de la salud o influyen en el comportamiento sano.
- Para Seppillo sería la intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la salud.
- Green (1976) comenta que la EpS puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.
- El Comité de Terminología para la Educación para la Salud la entiende como un proceso con dimensiones sociales, intelectuales y psicológicas, relacionadas con las actividades que incrementen las capacidades de la gente para tomar decisiones informadas, que afectan su bienestar personal, familiar y comunitario.
- Salleras (1985): la Educación para la Salud no sólo debe ser un instrumento fundamental para la consecución de los objetivos de la Salud Pública en la fase de Promoción de la salud, sino que lo debe ser también, y de igual manera, en la fase de Restauración de la salud.
- National Conference on Preventive Medicine (1975): proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Después de fundarse la primera organización profesional de Educación para la Salud en 1922, tendríamos que esperar hasta 1937 para que se estableciera una cualificación profesional. Cuatro décadas después, en 1977, se editó un documento que regulaba las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se impartió en diversas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta la formación postuniversitaria. El número de programas fue en aumento, y se les consideró a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad (Rothman y Byrne, 1981; Pedrero García, 2012, p 47).

Salleras Sanmartí (1985) indica que, en la última conferencia de Medicina Preventiva celebrada en los Estados Unidos en 1975, se recoge a su parecer la definición más completa de Educación para la Salud debido a que incluye una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludable y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

agentes de Educación para la Salud de la Comunidad;

- Incrementar, mediante la investigación y evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM- CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Figura 2 Aspecto que integran la Educación para la Salud



Fuente: Elaboración propia del investigador

Como hemos podido observar en las definiciones presentadas anteriormente y como ocurre casi siempre en los comienzos de la estructuración y sistematización de un saber autónomo, las posiciones de los autores son diferentes. Actualmente nos encontramos con numerosas definiciones que se han formulado acerca de la Educación para la Salud, surgiendo algunas discusiones al respecto.

La Organización Mundial de la Salud (1969) en su definición propuesta hizo hincapié en la preparación de los sujetos y los grupos sociales, en la necesidad de dotarlos de medios y recursos para tomar decisiones correctas, al señalar a la Educación para la Salud como:

El proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor salud. (Pedrero García, 2012, p 48).

Años después, en 1978, la OMS en la Conferencia de Alma Ata, establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. El motivo era una necesidad urgente, por parte de todos los gobiernos, para

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta tal vez demasiado optimista: alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”.

Modolo (1979, en Pedrero García, 2012, p 49) dice, que la Educación para la Salud es uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva y la conceptúa como *“el instrumento que ayuda al individuo a adquirir un conocimiento científico sobre problemas y comportamientos útiles, para alcanzar el objetivo salud”*.

Esta definición fue un importante para el Trabajo Social en los años ochenta es la formulada por Henderson (1981) como proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y a la de la comunidad.

En este sentido, la OMS, en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud (1983) define la Educación para la Salud como: *“...esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos”* o *“cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite”*. (Pedrero García y Morón Marchena, 2012)

La definición de salud se ha movido desde la *“rigidez clásica de la ausencia de la enfermedad a la idea del completo estado de bienestar, concepciones que han condicionado modelos de planificación e intervención y distintas metodologías para acercarse a la realidad socio-sanitaria de las clases sociales”*. Del primer caso se deriva una perspectiva apoyada en modelos matemáticos de predicción, con investigaciones que tratan de acercarse a la realidad de las desigualdades a partir del control de variables casi exclusivas de morbi-mortalidad y, aunque en menor grado. (Pérez Serrano, 2000, p. 6)

Por contra, la segunda concepción se apoya en técnicas estadísticas,

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

estructurales y etnológicas, tratando de acercarse a la realidad socio-sanitaria de las clases creando grupos de variables tipo, más concretamente, de "estilos de vida" o "hábitos saludables". Hemos de decir que en ambos casos las investigaciones aparecen limitadas y sesgadas.

El concepto de Educación para la Salud (EpS) está “relacionado *con la concepción que se tenga de salud, la cual se ha ido modificando con el paso del tiempo*”. Actualmente se contempla en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, en los que la educación, la participación comunitaria y los aspectos sociales tienen un importante papel. (Pérez Serrano, 2000, p. 5)

Por todos es conocida la definición de salud que recoge el *Glosario de Términos* de la Organización Mundial de la Salud (editado en 1948), entendida como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad, que supuso entonces un avance en su concepción y un importante cambio cualitativo en los planteamientos futuros*”. (Pérez Serrano, 2000, p. 6)

Con respecto a la cuestión de la efectividad de la educación sanitaria, estudios recientes apoyan cada vez más la idea que una educación sanitaria no depende tanto de la utilización de métodos específicos, como del grado en que estos métodos se han desarrollado sistemáticamente para asegurar el enfoque del problema concreto, del comportamiento correcto y de las causas subyacentes.

Posteriormente esta definición sería muy debatida, y la crítica fundamental se centró en la expresión “acción ejercida”, entendida ésta como limitación del nivel de autonomía del alumno y, en su consecuencia, carente de eficacia, ya que como afirma Perea (2009:15): “...cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que se alcance sin respetar la autonomía debida, al no integrarse en la personalidad del alumno, será repetitivo, poco duradero e ineficaz”, por lo que esta definición ha ido evolucionando, integrándose actualmente en un concepto

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

de escuela nueva y obteniendo un mayor consenso.

Por otra parte, es amplia la definición de Educación para la Salud que ofrece el Glosario de la Organización Mundial de la Salud (Nutbeam, 1986; en Pedrero García; 2012, p 50):

La Educación para la Salud es un término que se utiliza para designar las oportunidades de aprendizaje, creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta, encaminados hacia una meta predeterminada. La Educación para la Salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible de modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud.

Posteriormente, la OMS, citada por (Pérez Serrano, 2000) ha completado esta definición, al señalar que: Educación para la Salud es el proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor salud. Otra definición de la OMS plantea que: es esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos.

Para Castillo Manzano y Morón Marchena (2007) pueden identificarse fácilmente dos etapas -dos tradiciones- distintas en la evolución del concepto de Educación para la Salud. Una clásica, hasta la década de los setenta, en la que las acciones educativas se dirigen al sujeto con el objetivo de responsabilizarse de su propia salud, para conseguir la modificación de sus comportamientos en un sentido positivo.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Posteriormente se incorporó la consideración que las conductas de las personas también dependen de factores externos, de tipo ambiental y social, por lo que las acciones educativas deberían promover cambios en dichos ámbitos.

De acuerdo con esto (Pedrero García, 2012, p. 45), afirma:

Se entiende que la educación para la salud es un instrumento de promoción de salud en cuanto proporciona estrategias para que los individuos elijan las opciones más saludables siempre que el entorno ofrezca oportunidades de elección. No obstante, hay que aclarar que la educación para la salud no se refiere solamente a las conductas individuales de salud y de riesgo, sino que requiere, asimismo, desarrollar actividades dirigidas hacia grupos y organizaciones que conciencien sobre las causas ambientales, económicas y sociales de la salud y de la enfermedad.

Otra cuestión es que mantener el nivel de salud requiere un protagonismo, una acción, y por lo tanto la información que se adquiere a través de esta experiencia no es sólo organizar conocimientos, sino cambios en el modo de expresar vivir y la vida; este impulso de salud requiere la conquista de la autonomía que es una finalidad de la educación para la salud que se expresa, según Diego Gracia, [en las elecciones razonadas y razonables]. La capacidad de elegir y tomar decisiones es tan importante que influye en la salud de quienes lo realizan. (Serrano González, 2002, p 27)

Numerosos autores son los que insisten sobre la vinculación de los comportamientos, las conductas y su influencia en la salud y en la enfermedad; no obstante, también es cierto que la estrategia preventiva tradicional ha sido ampliamente criticada por centrarse en objetivos excesivamente analíticos, sobre conductas aisladas, como, por ejemplo: reducir el consumo de grasas saturadas para prevenir la enfermedad cardiovascular o el consumo de sal para

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

prevenir la hipertensión. Pues la investigación epidemiológica (Syme, 1991), nos muestra que los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales.

Los hábitos saludables, de esta forma no serían consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados.

Parece claro, para Perea (2002), que la Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en un entramado de comportamientos que forman los estilos de vida; por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque sí condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que el esfuerzo y la lucha personal deben orientarse, no sólo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto, sino también a sus propios hábitos y tendencias.

En este sentido señala García Martínez et al (2000) que pueden surgir contradicciones ya que por un lado se insiste en la existencia de factores determinantes de la salud, lo que debería suponer la ruptura de la tendencia de demandar servicios técnicos-sanitarios, y por otra se olvida que *“los hábitos de vida y la transformación del medio ambiente tienen una incidencia en la salud casi seis veces superior que todo el sistema de asistencia sanitaria”* (Casado Flores, 1990 p 111). Unos factores sociales, que se condicionan mutuamente al tiempo que se hallan estrechamente ligados entre sí y que Polaino-Lorente

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

(1987) clasifica como factores predisponentes, facilitantes y reforzantes de la salud.

Como parte del entramado promocional de la salud, la EpS se interesa especialmente por los determinantes que generan riesgos para la salud y por las condiciones de vida y comportamientos que condicionan la mejora de la salud. Su objetivo primordial consiste en modificar no coercitivamente los comportamientos individuales y colectivos para mejorar el nivel de salud de la comunidad por medio de prácticas educativas que vienen siendo sustentadas por la acción promocional de la Educación Social; prácticas que pueden ser bien de carácter general (campañas universales) o de ámbitos específicos (en las escuelas, en los barrios o en las empresas). Su recurso a diversos componentes científicos se incardina en un eje fundamental caracterizado por las circunstancias y los métodos pedagógicos de corte participativo y comunitario (González Hernández y García Martínez, 1998).

De esta forma, los ámbitos en los que se incluye la Educación para la Salud son numerosos. El primer lugar donde debe iniciarse es en la familia, como primer eje socializador, seguido de la escuela que también tiene una función importantísima, así como otras instituciones del ámbito laboral y comunitario.

Tenemos que tener en cuenta que salud implica una responsabilidad individual y social donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función con las necesidades de cada grupo en su determinado contexto.

Naturalmente, y aún siendo conscientes de los límites que existen para operar de un modo analítico en el ámbito de la salud, la forma de abordaje de las diversas problemáticas por parte de la Educación para la Salud suele producirse en torno a tres grandes epígrafes:

- a) Por temas: nutrición, deporte, tabaquismo, sexualidad, SIDA, drogas, adicciones, accidentes, malos tratos,...

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- b) Por sectores de población: niños, jóvenes, mujeres, tercera edad, poblaciones desfavorecidas,...
- c) Por lugares de vida: escuela, barrio, ciudades, lugar de trabajo,...

Desde el punto de vida de los agentes a los que concierne la EpS podemos también distinguir dos grandes apartados:

1º Aquellos que se ven confrontados diariamente a la necesidad de efectuar orientaciones y dar consejos sobre la salud, como los médicos, farmacéuticos, enseñantes, trabajadores y educadores sociales, etc.,

2º Los que participan en actividades explícitas de educación para la salud, como los médicos de empresa, el personal de salud escolar, los animadores de los organismos de Educación para la Salud, etc.

Los autores anteriores, hacen especial énfasis en dos aspectos consustanciales que se entrelazan: la capacidad de la persona para tomar decisiones adecuadas, y la posibilidad de tener un espacio para poder elegir, lo que conlleva a la necesidad de establecer la promoción de la educación para la salud desde el currículo de las distintas carreras y además que haya un espacio particular para discutir y para aprender sobre estos tópicos, en una asignatura específica, donde lo esencial sea la libertad de comunicar ideas y debatirlas, con miras a la reorientación de los estilos de vida hacía entornos positivos.

2.4. Otros conceptos relacionados

En los apartados anteriores, hay una serie de términos relacionados con la Salud y la EpS, como el bienestar, la calidad de vida, la prevención, la promoción de la salud. En este apartado queremos definir y aclarar algunos de ellos.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Los términos de “prevención” y “promoción de la salud” se confunden actualmente con asiduidad. Por ello, Sáez, Marqués y Collel (1995) los diferencian de la siguiente forma:

Prevenir es evitar, prever, preparar. En el caso de las enfermedades, evitar que éstas se produzcan, prever que puedan producirse y preparar el terreno para que no se produzcan y para que, si se producen, se dispongan de los medios para poder combatirlos. En el campo de la salud es muy conocido el dicho "prevenir es curar", aunque no sea del todo cierto. Prevenir es no tener que llegar a curar, lo cual es competencia de quien ejerce la medicina, ya sea a nivel individual o colectivo.

Dentro de la prevención se distinguen tres tipos que siguiendo a autores como Rochón (1996), Costa y López (2000) y Marqués et al. (2004) citados por Pedrero García (2012) podemos caracterizar del siguiente modo:

Prevención primaria aquella que se centra tanto en disminuir los factores de riesgo como en aumentar los factores de protección y va dirigida a la población en general, compuesta por medidas dirigidas a disminuir la incidencia de la enfermedad, es decir, la aparición de nuevos casos.

Prevención secundaria la que se ocupa de la detección precoz de los problemas de salud y de facilitar cambios de conductas que permitan el tratamiento de enfermedades y va dirigida principalmente a grupos de riesgo, tratando de disminuir la prevalencia, acortando el curso de la enfermedad.

Prevención terciaria dirigida a la prevención de las recaídas de aquellas personas ya enfermas, disminuyendo las secuelas y consecuencias de las enfermedades.

Por tanto, se entiende como prevención las acciones desarrolladas en diferentes momentos: antes de que aparezca el problema (prevención primaria)

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

que consistirá en evitar precisamente que el problema llegue a aparecer fomentando las condiciones más favorables para ello; cuando el problema ya apareció, pero está todavía en sus inicios (prevención secundaria) y por tanto cuanto antes se detecte más fácil será atajarlo para que no crezca; cuando el problema ya está desarrollado (prevención terciaria) intentando que no se vuelva a reproducir en el futuro.

Respecto al concepto de *Promoción de la Salud* se dio a conocer, principalmente a raíz del informe de la Organización Mundial de la Salud de 1984, aunque ya existían previamente diversos antecedentes en los que la preocupación por el mantenimiento de patrones de vida sanos para el normal desarrollo de las personas, llevaron a los conceptos actuales de salud positiva y a la posterior aparición de actividades destinadas a desarrollar en la población hábitos de vida saludables y a capacitar a la gente a aumentar su control sobre la propia salud. Nutbean (1986) interpretaba la Promoción de la Salud como un conjunto de medidas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los individuos, de la familia y de la comunidad.

La promoción produce una vinculación de la población con su propio entorno, con el fin de conseguir no sólo cambiar las condiciones de vida sino la forma de vivir, y su campo de actuación comprende a toda la población, sana y enferma, de tal manera que la promoción de la salud implica trabajar con la población para promover estilos de vida sanos, intervenir sobre el entorno para mantener los factores favorecedores de dichos estilos y eliminar los que no lo sean. Los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS son los siguientes (Flores, García y Rabadán, 2003):

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

para asegurar que el ambiente, que está más allá del control de los individuos, sea favorable a la salud.

- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar la manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Puede considerarse elemento impulsor del concepto de Promoción de la Salud, acuñado en una primera etapa por Sigerist (1981), el dotar a la sanidad de determinadas funciones: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y rehabilitación del paciente... En una primera aproximación, hay que tener en cuenta el *informe Lalonde*, donde se reconoció extensamente que la asistencia sanitaria no era el único factor responsable de la salud de la población, considerando otros de igual o mayor importancia tales como factores ambientales, biológicos y los relacionados con el comportamiento, como son los estilos de vida (Asenjo, 1999; en Pedrero García, 2012).

Como segundo elemento impulsor, puede citarse la respuesta de la Organización Mundial de la Salud a la situación generada por la escasa incidencia en la salud de la población, de los factores asociados a la asistencia sanitaria, respuesta que llevó a elaborar en 1977 la "Estrategia

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Mundial Salud para todos en el año 2000”, donde se reflejaban una serie de objetivos cuya orientación iba destinada a elaborar planes nacionales, regionales y locales en la consecución del objetivo Salud para todos los pueblos y naciones (Nájera, 1996).

Ashton y Seymour (1990) apuntan que la Promoción de Salud se diferencia de sus predecesoras: la educación para la salud y la medicina comunitaria, en las dos características siguientes:

- a) Promoción de Salud engloba no sólo la prevención, sino que incorpora la participación, multisectorialidad, populismo, etc.; además se interesa por los grandes temas, tanto en el campo político como en la educación, así como en una economía próspera;
- b) Si bien hace hincapié en el papel de los individuos sobre su propia salud a través de la adquisición de hábitos y actitudes saludables, la Promoción de la Salud subraya, de modo especial, la importancia de la responsabilidad social, para lo cual propone la creación de ambientes y opciones que hagan más fácil elegir lo saludable.

Aparte de estas características, Ashton y Seymour (1990) afirman que el acento de la Promoción de Salud se pone en el cambio, tanto a nivel individual como social, de ahí que los que llevan a cabo la Promoción de Salud deben conocer y aprovechar los cambios, las tendencias, que acontecen en la sociedad porque éstos son fenómenos de gran influencia que conformarán los futuros colectivos.

En cuanto a la metodología utilizada en los proyectos de Promoción de Salud, es evidente que está orientada a ser más eficiente cuando se interviene sobre la población de un área o región, como un todo, o sea, pese a que el problema de salud sólo afecte a un grupo, el resto de la comunidad, debe intervenir como posibles agentes de salud. Y, sobre el tema de los recursos

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

creemos interesante comentar que, generalmente, los Proyectos de Promoción de Salud suelen iniciarse con pocos recursos, pero a medida que se avanza en el proceso, y como consecuencia de técnicas de marketing social y de comunicación orientadas a la obtención de recursos, se reemplaza ese déficit; dichas técnicas tienen, además, el objetivo de lograr la implicación social.

Para Barriga Jiménez (1995) realiza una distinción entre los conceptos de prevención y promoción de la salud. Así, al hablar de *promoción* se resalta el aspecto positivo en favor de la salud (hacer que las opciones saludables sean más fáciles de realizar); cuando nos referimos a la *prevención* indicamos lo negativo (estrategias para reducir factores de riesgo, enfermedades específicas, o para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad).

Pedrero García reafirman que la *educación para la salud* “es un instrumento de promoción que proporciona estrategias para que los sujetos deseen lo más saludable cuando el entorno les permite elegir entre varias opciones”. Pero elegir, implica conocer y tener habilidades y recursos para hacerlo. La promoción de la salud adquiere así extensas connotaciones que superan a las acciones individuales, sociales y comunitarias. (2012, p 58).

En cambio, Sarlet, García y Belando (1996) han observado contradicciones en los programas de promoción de salud y señalan que éstas pueden darse, aunque los programas se realicen en una adecuada orientación teórica. Entre ellas queremos destacar las siguientes:

- 1) El añadir años a la vida es uno de los objetivos que se persiguen en las intervenciones de salud. Barriga (1995) propone valorar el precio que hay que pagar por ello, precisando que lo importante es vivir con una cierta calidad de vida.
- 2) Ante los enormes gastos sanitarios habría que priorizar el garantizar

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

la equidad en salud; no es justo una distribución que beneficia a unos pocos, mientras que muchos no cuentan con determinados servicios mínimos.

- 3) El riesgo está presente en la vida cotidiana, no se puede pretender promocionar un estilo de vida sin riesgo. Ante esto Barriga indica una selección del riesgo conforme a la capacidad de control que el individuo tenga sobre cada situación; esta conducta puede considerarse como un ejercicio de promoción de estilo de vida saludable.
- 4) La salud no es el máximo valor para todos, ni en todo momento, de ahí que se habrán de utilizar estrategias de influencia socialmente validadas para transmitir nuestras prioridades en valores.

En un análisis del Consejo de la Juventud de España (1997) señala que la educación para la salud debe de estar orientada a favorecer estilos de vida saludable, a través de la promoción de actitudes y hábitos de responsabilización con la salud propia y la del entorno. Así, apostar por una perspectiva de promoción de hábitos de vida saludable significa:

- 1) Entender el estado de salud en un *sentido amplio*. No busca prevenir un problema concreto, sino aportar un bienestar individual y colectivo.
- 2) Promocionar una educación centrada en los *aspectos positivos* de la salud.
- 3) Crear y construir hábitos y estilos de vida saludables por medio de la *responsabilización individual y colectiva*. Promocionar la información necesaria, potenciar habilidades personales, capacitar a las personas para que decidan e influyan sobre los factores que determinan su salud, y reforzar factores favorables a realizar elecciones saludables

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

modificando las que no son.

4) *Educar para la libertad* y la responsabilidad. La educación de toda persona debe aspirar a conferirle el mayor grado de autonomía e independencia.

5. *Implicar a la comunidad* y a los destinatarios y las destinatarias de los diferentes programas.

Cabe entresacar de aquí la referencia a la "libertad" como uno de los objetivos que debe plantearse la promoción y educación para la salud, complejo fin sin duda, y más teniendo en cuenta el propio carácter polisémico del término en cuestión. Y como indica Bouché (1998; Pedrero García, 2012, p 59), "*libertad no es un conocimiento que se obtenga a través de la ciencia y, por lo tanto, aunque no excluya una descripción fenomenológica, el mecanismo que pueda regirla es indescriptible*" por lo que la Educación para la Salud debe interesarse no sólo por los conocimientos (por los "datos"), sino por otros ámbitos (que entrarían en la categoría del "sentido"), que permitan la real posibilidad de conocer y adoptar posiciones que favorezcan la salud individual y comunitaria.

No podemos dejar de incorporar en esta selección de términos, más o menos explícitos, como los de bienestar o la calidad de vida, etc.

García Martínez et al (2000) comentan que la incorporación del término "bienestar" en sus diversas dimensiones al contexto de la salud supuso comenzar a tener en cuenta su alcance, y el de sus mutuas interrelaciones, yendo más allá de la propuesta de la OMS. La salud entiende García Martínez et al deberá contar en lo sucesivo con estas perspectivas que, analíticamente se concretan en:

a) Bienestar social: el contexto social de la vida humana se presenta fundamentalmente como un determinante de la salud y no como un

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

modo de medida de la misma, es decir, la propia interacción social se convierte en un medio para el establecimiento de la salud y no sólo en una parte integrante de ella. La vida saludable se establece, pues, en la medida en que la familia y el entorno comunitario contribuyen positivamente a su plasmación.

- b) Bienestar físico y mental: la salud no responde ya sólo a los estados físicos o biológicos, sino también a la consideración del equilibrio de los factores psicológicos de la personalidad. No obstante suponer un gran avance sobre la “fiscalización” de la salud, la referencia continua a los aspectos físicos por parte de la cultura dominante de la salud hace muy difícil la aceptación de lo mental como determinante del bienestar si no va acompañado de causas y síntomas físicos.
- c) Bienestar espiritual: esta faceta del bienestar no fue considerada por la primera definición de la salud en 1948, aunque en las definiciones y revisiones que se han realizado posteriormente, en concreto en el año 1998 incluyen la dimensión espiritual. Podemos ser conscientes de que nuestra condición espiritual incide directamente en los sentimientos subjetivos del bienestar, en la habilidad para adaptarse a las circunstancias ambientales y en la capacidad para emplear los recursos de orden personal y social disponibles. Con todo, somos conscientes de las dificultades que conllevaría, desde todos los puntos de vista, establecer con un mínimo rigor el alcance de esta dimensión del bienestar; lo que hace aconsejable no introducirlo como criterio de demarcación del bienestar.
- d) Salud holística: esta nota hace referencia a la consideración de la salud como una Gestalt bien integrada de los diversos factores que en ella inciden, en contraste con lo que representa su enfoque en torno a una colección diversa de sus componentes. De esta apreciación surge el denominado concepto ecológico de salud que engloba los rasgos

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

biológicos de los individuos dentro de las características generales de la comunidad en la que se desenvuelven, junto al medio ambiente en el que viven. El ser humano es apreciado como un ser biológico-cultural que forma parte de su entorno natural y cuyas características biológicas, culturales y ambientales constituyen el ecosistema en el que vive junto al resto de los seres vivos, pero que es capaz de producir transformaciones sustanciales en su medio vital.

Otro de los términos relacionados con el de salud, es el concepto “calidad de vida”, que se incorporó a las ciencias sociales en los años sesenta y que para García Martínez et al (2000) supone que:

- El término “vida” se refiere sólo a la vida humana, en sus aspectos socio- comunitarios. La calidad de vida es, por tanto, la de amplios grupos humanos.
- También hace referencia a una forma de existencia superior a la meramente física, que incluiría el campo de las relaciones sociales del sujeto, sus posibilidades de acceso a los bienes materiales, su entorno ecológico- ambiental, los riesgos para su salud, etc.
- Se presenta como un sinónimo de la calidad de las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades de los sujetos, las condiciones objetivas y subjetivas y las cuantitativas y cualitativas.
- La calidad de vida se aprecia, por tanto, como el resultado de una aproximación cuantitativa y estricta o mayoritariamente económica a la cuestión de cómo viven las personas.
- La calidad es un “continuo” en cuyos polos se encuentran la excelencia y superioridad de una cosa y la vulgaridad o inferioridad.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- A este concepto subyace una opinión comparativa de los elementos que la potencian y de los que la disminuyen. El problema reside en la definición de los criterios de comparación, que al ser individuales hacen que la calidad de vida resulte ser el fruto de la percepción individual-subjetiva de unas condiciones de vida objetivas (nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, valores personales, etc.).
- De este modo, la calidad de vida se relaciona con el nivel de satisfacción que a un sujeto le proporcionan sus condiciones de vida cuando las compara, en base a criterios personales, con otras situaciones propias de la vida de otros seres humanos.

En consecuencia, el fenómeno de la calidad de vida viene a ser el resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y ciertas variables más subjetivas y personales, que tienen como resultado un determinado índice de satisfacción y de felicidad en los individuos. Así, la calidad de vida es un concepto inclusivo que abarca todos los aspectos de la vida, tal y como lo experimentan los individuos, incluyendo aspectos tales como *“salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros”* (Levi y Anderson, 1980, pp 6-7). En esta apreciación García Martínez et al (2000) destacan dos componentes:

- a) El nivel de vida, que se refiere a aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria (renta per cápita, nivel educativo, condiciones de vivienda, etc.), es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan (salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos, etc.).

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

b) Los indicadores sociales, que delimitan y especifican aquellos aspectos, dominios, condiciones y dimensiones que componen la vida del sujeto y en torno a los que se manifiesta su grado de satisfacción y bienestar. Por tanto, no son otra cosa que componentes del nivel de vida, elevados globalmente bajo un punto de vista subjetivo, y no objetivo-cuantitativo como en el nivel de vida.

Para finalizar este apartado sobre otros conceptos relacionados con la EpS, queremos incluir la definición sobre calidad de vida formulada por el Grupo que trabajó el tema para la OMS (The WHOQOL Group, 1993, en García Martínez., Sáez, Cabrera., y Carbajal De Haro, 2000, p 36.) y que la entiende como una interacción entre lo subjetivo y lo objetivo, más concretamente:

Como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

2.5. Educación para la salud y la comunidad

Partiendo de lo expuesto anteriormente, ponemos hacer hincapié que la educación para la Salud debe enmarcarse en un entorno social, Y su entorno de actuación principal en la sociedad y la comunidad donde ambos juegan un papel preponderante para par EpS: pero también no podemos dar por aludido los términos de Promoción para la salud que son términos resaltan al momento que hablamos de Educación para la Salud. Así mismo bardar los espacios de actuación de la EpS. Tanto en entrono social y la comunidad, también existen

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

otros elementos prioritarios muy relaciona con los conceptos como la participación comunitaria.

En este apartado abordaremos la EpS en relación con la comunidad y la participación comunitaria para posteriormente realizar un recorrido histórico por aquellos momentos, principalmente encuentros internacionales, en los que se han demandado dichos elementos, finalizando con una breve referencia a la Declaración de Yakarta.

Partiendo que la Educación para la Salud, se desarrolla en un entorno concreto, en una Comunidad. Aunque pueda limitarse a un espacio más concreto, como puede ser un centro educativo, necesariamente se relaciona con el exterior. Ante todo, cabría hacerse una pregunta de partida: ¿qué se entiende por Comunidad y qué elementos la conforman? Según el análisis que realiza Flores (1996), no se dispone por el momento de un concepto unánime que sea capaz de satisfacer todas las exigencias que la definición del término *comunidad* se hace acreedora. Así, la mayoría de los autores señalan distintas definiciones haciendo referencia a otros que les precedieron en el tiempo, destacando asimismo los elementos o características más coincidentes.

San Martín y Pastor (1988) consideran como principales elementos, a la hora de definir a la comunidad, los siguientes:

- Los grupos de población organizados interrelacionados.
- La coexistencia en una zona o región geográfica bien delimitada.
- Cierta grado de integración producido a través de experiencias comunes y comportamientos sociales similares.
- Cierta grado de comunidad funcional económica.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Cierta grado de conciencia de unidad (étnica, cultural, social) local.
- Cierta grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos.
- Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las que cuentan como localmente importantes la educación, salud, justicia, administración local.

En cambio, para Marchioni (1989), Turabian (1992), el concepto de comunidad, en sentido pragmático y operativo, se compone de cuatro elementos fundamentales de tipo estructural, que a su vez son factores de conocimiento de la comunidad, que van a participar muy directamente en la acción comunitaria. Estos son: el territorio, la población, la demanda (los problemas que dicha población expresa) y los recursos disponibles.

Se entiende por *territorio* una entidad física y social (y no sólo urbanística) en la que se producen las relaciones sociales que se dan entre las instituciones y la población que en ella se radica.

En cuanto a la *población*, a la hora de planificar una acción social interesa hablar de *indicadores de población* (edades, sexo, clases sociales, individuos, familias, los grupos, la colectividad en general y la evolución histórica de la población).

La *demanda* no es un concepto estrictamente uniforme, sino de carácter pluridimensional. Marchioni (1989) la define proponiendo una serie de dualidades:

- *Actual y futura*: una demanda es actual cuando la sociedad precisa de soluciones y respuestas de carácter inmediato, por lo que los recursos han de movilizarse a corto plazo. Será futura cuando el conjunto de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

ofertas en la relación con la demanda puede determinarse en un plazo más largo.

- *Explícita e implícita*: Se considera explícita cuando se da un nivel de conciencia por parte de sectores de la comunidad acerca de la existencia de un determinado problema e *implícita* si existe la demanda, pero el nivel de conciencia respecto a ella no está perfectamente precisado en primera instancia. En este caso, la comunidad por sí misma no ha establecido los términos del problema, pero en un futuro o con otras condiciones, podrá demandar elementos cuya necesidad no haya sido identificada anteriormente.
- *Subjetiva y objetiva*: percepción de un problema por parte de algunos sectores de la comunidad de un modo subjetivo, distinta a como se da en la realidad dicho problema, con una visión objetiva.
- *Existente y potencial*, que pueden coexistir, por lo que será necesario actuar con previsión.

Los *recursos* disponibles es otro de los elementos fundamentales, como punto de partida, en el desarrollo de la acción social y comunitaria. No obstante, cabe destacar que el primer y principal recurso lo constituye la comunidad y sus miembros.

A la vista de lo anterior, la comunidad es para Pedrero García,: “*una población que vive y se relaciona en un territorio/ambiente, entendiendo éste en sentido amplio, que posee unos determinados recursos y que tiene unas determinadas necesidades bien sentidas o manifestadas*” (2012,p. 63).

Para Siles (1996) considera que se debe adecuar el concepto de comunidad a la realidad social, lo cual significa tener en cuenta las desigualdades sociales y económicas existentes, las influencias externas

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

(medios de comunicación, modas...) y las formas de relacionarse con su entramado de redes personales y sociales, que pueden culminar o no en líderes reconocibles y más o menos representativos de determinados grupos.

Por ello la importancia de conocer las formas de articulación social que se producen, de identificar un conjunto de valores y de intereses compartidos, siendo conscientes de las diferencias existentes entre los individuos y los grupos sociales. La articulación social en una sociedad como la nuestra no es única, pues coexiste una amplia diversidad de redes formales e informales, con diferentes formas de relacionarse (y generalmente con un grado de asociacionismo formal muy bajo).

Una comunidad es un ámbito de convivencia respetuoso y tolerante. La palabra comunidad también se puede usar para referirse a la salud comunitaria, o a la globalidad de los servicios que ayudan a promocionar la salud. El ambiente físico que caracteriza una comunidad, como el hogar, la escuela y todos los servicios sociales y de salud disponibles, son importantes para que los educandos entiendan el sentido de "comunidad", así como la forma en que pueden influir en su medio y la manera en que éste incide sobre ellos. Debemos ser conscientes de la responsabilidad que tenemos sobre el medio, tanto local como globalmente, y que el proyecto de trabajo ambiental en la escuela y su comunidad sean generadores de interés por la participación y sentido de la responsabilidad.

Para Modolo (1987) refiere que ninguna intervención sanitaria puede tener éxito si no pasa a través de la colaboración y la participación activa de la comunidad. La participación comunitaria se relaciona directamente con la Promoción y Educación para la Salud, al igual que la salud, en su sentido más amplio, está estrechamente conectada a lo social.

En esa misma línea Siles (1996), los servicios sanitarios están conectados con su medio social. De hecho, los servicios públicos necesitan legitimarse

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

socialmente, por lo que la participación social en los mismos es un derecho de los ciudadanos consagrado por las leyes. Además, las intervenciones que contribuyen a la mejora de la salud pública se producen en un medio social concreto. Conocer el medio y adecuar las acciones al mismo, es esencial para aumentar la eficacia de dichas intervenciones. Hoy no se discute, pues, que la participación es un instrumento que puede y debe contribuir a elevar los niveles de salud de la población (López y Siles, 1993).

Partiendo de lo ante expuesto, podemos concluir que para que la educación tenga el éxito esperado tienen que partir de una excelente organización comunitaria, que con lleve al involucramiento de los integrantes del contexto donde se requiere la intervención.

De ahí que propuestas estratégicas tales como la Promoción de la Salud o la Atención Primaria de Salud, dan un importante papel a la participación comunitaria, aunque en realidad no puede decirse que hoy en día sea realmente amplia y efectiva. Encontramos tres instrumentos, muy interrelacionados entre sí, que constituyen distintas categorías de acción en la mejora de la salud colectiva. A saber:

- *Intervención comunitaria*: es una estrategia usada para mejorar la salud de la población de referencia (junto a la orientación familiar, la clínica-individual, etc.). Es un conjunto de acciones que los servicios emprenden sobre grupos de población determinados para aumentar sus niveles de salud o responder a problemas de salud concretos.
- *Acción social en salud*: actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud. Son actuaciones llevadas a cabo por individuos, las que se realizan en el seno de la familia, son promovidas por asociaciones o las acciones que emprenden otros sectores y que inciden en la salud de la ciudadanía.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- *Participación comunitaria*: constituye la parte de la acción social que se produce en relación con los servicios y que es regulada por éstos. Es, por tanto, un conjunto de mecanismos que los servicios ponen en marcha y articulan, y que hacen a estos más o menos permeables a la influencia del medio social.

Aunque ninguno de estos "instrumentos" puede conectar a todos los colectivos de población, por lo que deben coexistir. Siles destaca especialmente a los Consejos de Salud (el mecanismo más formalizado) y existen obras y experiencias que recogen ejemplos muy significativos en este sentido.

Otro autor que ha analizado la incidencia de lo "social", de la participación comunitaria en la salud, ha sido el profesor Barriga (1988). Expongamos seguidamente el análisis que realiza, señalando en un principio que los niveles de bienestar social son cambiantes, de acuerdo con las condiciones socio-estructurales y las aspiraciones o necesidades de los miembros de una Comunidad. Es decir, lo que en tiempos atrás podía ser un "fin" a conseguir, puede ser considerado como simple escalón intermedio de una población con mayor esperanza de vida y más exigencia en su calidad de vida.

En la Actualidad , la representación social que cada uno hace de su salud está de acuerdo con sus expectativas socio-culturales, su entorno socio-económico y el contexto comunitario en que se desenvuelve. De hecho, la salud es un bien colectivo, ya que el bienestar individual depende del bienestar social, del de los demás. En otras palabras, al hablar de "salud" -a igual que de Promoción y Educación para la Salud- no podemos aislarnos de lo "social", de la sociedad y de la comunidad.

De ahí que la salud también sea objeto -y fin- de distintas disciplinas científicas, tales como la Pedagogía, Psicología, etc. Es más, la salud no puede ser gestionada, administrada, definida... por profesionales de la salud, al margen de los usuarios o clientes. Éstos deberán optar por una aptitud participativa,

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

colaboradora y no exclusivamente reivindicativa (usualmente un primer paso, que progresivamente puede dar lugar incluso a la gestión de los recursos). Es necesaria la coparticipación de los usuarios, el acercamiento comunitario y contextualizado de la salud.

Para participar, hay que acercarse a los problemas para conocerlos, estudiarlos y resolverlos teniendo presentes los recursos que puedan disponerse. Se requiere la accesibilidad de todos los mecanismos de participación, la especificación técnica del equipo multidisciplinar de salud, las peculiaridades socio-culturales del entorno, los diferentes mecanismos de participación, los recursos económicos, etc. Además de la voluntad de permitir la participación, con lo cual habrá que añadir elementos de descentralización, adecuada planificación sectorial...

Es más, la Participación Comunitaria es uno de los elementos que facilita introducir mecanismos de negociación y diálogo entre las tres instancias que intervienen en el campo de la salud: la administración política; los profesionales sanitarios y no sanitarios; y, en tercer lugar, los usuarios.

Para Barriga, la participación comunitaria es intervenir en la toma de decisiones tendentes a planificar, gestionar y controlar el uso de los recursos. Es una de las tareas de los usuarios, bien de modo indirecto a través de sus representantes políticos (democracia representativa), bien por representantes no políticos (líderes de movimientos y asociaciones sociales), bien por sí mismos (democracia asamblearia), potenciando en la medida de lo posible los movimientos organizados existentes en la comunidad.

Se ha de participar indirectamente en la representación y directamente en la acción personal, sabiendo que se trata de conjugar los legítimos intereses de los particulares con los de la colectividad. La participación debe ser eficaz y eficiente, en todos los campos posibles, en la planificación, gestión y control, en todas las esferas constitutivas de la salud, lógicamente en grado diferente.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Mayor y decisiva lo será en la salud preventiva y en la promoción de la salud. De esta forma, participación comunitaria y promoción-educación para la salud aparecen estrechamente relacionadas, de tal manera que una no puede darse sin la otra.

Según el profesor Morón Marchena (1998), la educación para la salud debe basarse en un modelo participativo preocupado por desarrollar una salud integrada e integral. Si la salud, es responsabilidad de todos, todos hemos de ser educadores para la salud, intentando resolver los problemas y mejorando los niveles socio-culturales que garanticen una mejor calidad de vida y un mayor nivel de bienestar social. Entre otras posibles acciones citamos:

- Concienciar a todos los usuarios en sus ámbitos naturales de actuación,
- Movilizar las organizaciones sociales existentes,
- Vertebrar a la comunidad con nuevas asociaciones,
- Organizar informaciones basadas en datos reales con fundamentación en investigaciones científicas, o
- Sugerir soluciones creativas a problemas concretos.

Como complemento de lo expuesto anteriormente, reflejamos a continuación un recorrido histórico -aunque muy contemporáneo- que recoge los momentos más significativos en los que se ha demandado la Participación Comunitaria y su relación con la Educación para la Salud. En este sentido, Turabian (1992) muestra un estudio de los antecedentes históricos de la participación comunitaria en los ámbitos de salud. Cabe recordar que, si bien este concepto se remonta a décadas atrás, su institucionalización -la regulación burocrática de la participación- es un hecho casi reciente, que todavía se aborda desde diversas instancias.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Hasta ya entrado en el siglo XX, no se planteó ni se trató la posibilidad de la participación de los ciudadanos, de los propios pacientes o consumidores, en los servicios de salud. En las primeras décadas del pasado siglo, la medicina consiguió un fuerte avance en los países occidentales: la tecnología médica había sido totalmente aceptada, los cuidados de salud se hacen más complicados debido a la organización, planificación y tecnología sanitaria, de tal forma que los pacientes no llegaban a entender la "mágica" ciencia médica y tan sólo podían ser tratados por los profesionales de la medicina, como meros objetos de trabajo. Con el tiempo, los costes fueron aumentando, se incrementan las expectativas de los pacientes, que ven a los profesionales médicos como figuras autoritarias, y se discuten algunas decisiones que éstos tomaban cuando podían infringir los derechos de los ciudadanos.

Comparablemente, en otras áreas de la sociedad, los propios ciudadanos se planteaban su realidad, ajena por completo a la toma de decisiones. Determinados hechos apoyaron esta situación, como los problemas económicos que hacen aumentar la bolsa de pobreza y el paro, los descontentos sociales, una mayor toma de conciencia por parte de la mujer y determinados grupos minoritarios, etc. Así, tanto en los Estados Unidos como en Europa, se observa en los sesenta una corriente de opinión que demanda una mayor participación en las tomas de decisiones, que en los años siguientes se ve reflejada en diferentes leyes de participación ciudadana. Poco a poco, se hacen más patentes las demandas procedentes de personas individuales y de colectivos organizados que reclamaban un papel en la planificación, gestión y actividad de sus servicios sanitarios.

Antes del uso del término "*Participación Comunitaria*" surgió el de "*Desarrollo Comunitario en el Tercer Mundo*", empleado por los británicos para referirse al desarrollo de educación básica y bienestar social en las Colonias. Posteriormente, en los años cincuenta, Naciones Unidas retoma el término, dándole una orientación fundamentalmente rural, aunque también se llevan a

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

cabo programas de Desarrollo Comunitario en zonas urbanas del Tercer Mundo. Sin embargo, al tomar conciencia del fracaso de los modelos de crecimiento acelerado de desarrollo económico, se redefinió el concepto, surgiendo el de *Participación Comunitaria*.

Este tipo de participación, así como y el conocimiento de los ciudadanos de sus necesidades básicas son los elementos fundamentales para asegurar los proyectos de desarrollo.

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tuvieron asimismo su papel en la temática que abordamos, sobre todo en su intento de responsabilizarse en el desarrollo a largo plazo de los recursos productivos y del equilibrio de la balanza de pagos. Hasta la década de los setenta del siglo pasado, tan sólo defendieron una política lineal, según la cual el crecimiento económico podría automáticamente producir beneficios en los más pobres, pero se comprobó que, aunque se diera tal incremento, no se mejoraba la situación de aquellos, incluso produciéndose un aumento de la pobreza y la desigualdad. A partir de entonces el planteamiento varió sustancialmente, por cuanto se consideró que la estabilidad no era posible sin un desarrollo interno mínimo, favoreciendo la mejora de los servicios básicos de salud, educación o distribución de ingresos.

Al mismo tiempo, en la década de los setenta se hace patente una creciente crítica respecto a las limitadas posibilidades de la ciencia y la técnica para contribuir por sí solas a la salud, que supuso un aumento de incertidumbre en muchos profesionales sanitarios formados en el marco de unos paradigmas que se habían vuelto muy discutidos y que quizás no fueran lo válidos que ellos consideraban. La enfermedad dejaba de ser un hecho de un organismo individual aislado, ya que también incidían otros elementos de carácter ambiental y social. En otras palabras, el sistema basado en tecnologías diagnósticas y terapéuticas era inadecuado, o al menos no el idóneo, para resolver los problemas de salud de los ciudadanos. Aunque se habían alcanzado los

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

máximos progresos en salud, la población consideraba que se encontraba peor que un siglo atrás.

De acuerdo con la perspectiva sociocomunitaria, y en contraste con los enfoques individualistas (clínicos), la EpS de corte comunitario se caracteriza por los siguientes rasgos distintivos (García, Sáez, Escarbajal; 2000, p 145):

- a) Trabaja con colectivos y grupos con problemáticas que son compartidas por sus miembros.
- b) Busca conseguir objetivos positivos de desarrollo y promoción humana y de salud a partir de la capacitación de los implicados, sin reducirse a una acción asistencial.
- c) Se realiza en la comunidad, es decir, en el marco social donde se producen las situaciones problemáticas. La actuación en centros cerrados (hospitales, cárceles, etc.) se efectúa a partir de este criterio y no en su propio terreno.
- d) Los educadores actúan como mediadores comunitarios, que no imponen sus modelos externos a la comunidad, sino que actúan con ella, partiendo de sus necesidades y recursos.
- e) Fomenta la toma de iniciativas y la participación comunitaria para la resolución de sus problemas.
- f) La acción se desarrolla en equipos interventores interdisciplinarios sobre la base de objetivos comunes.
- g) Promueven la cohesión y la integración social de la comunidad.
- h) Establecen estrategias de acción y desarrollo comunitario que no se

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

agoten en el inmediatez de las situaciones.

- i) Prestan servicios educativos y de salud, pero también sociales y culturales, alternativos para las poblaciones marginadas.
- j) Parten de un enfoque preventivo y promocional de los problemas de salud comunitaria.
- k) Estimulan la creación de estructuras comunitarias intermedias: agentes de salud, escuelas de padres, aulas de la tercera edad, formación profesional,...
- l) Persiguen la reconstrucción del tejido social desestructurado a través de la creación y consolidación de redes y asociaciones comunitarias.
- m) Generan recursos hacia la comunidad procedentes de otros colectivos: instituciones, colegios profesionales, ONG's, voluntariado,...

Estos rasgos se corresponden, por tanto, con la apreciación de que las estrategias de intervención comunitarias integradas (enfoque global) son más adecuadas para la resolución de los problemas de salud y a las patologías sociales que las de corte asistencial, en función de su cobertura temática y por sus efectos más duraderos sobre la comunidad.

2.6. Conferencias internacionales de la organización mundial de la salud

En el cambio de concepción de la salud que se produjo a mediados de los setenta del que ya hemos hablado, tuvo mucho que ver el estudio que realizó Marc Lalonde, por entonces Ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá. El

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

conocido *Informe Lalonde* (1974) proporcionó un marco conceptual para analizar los problemas, determinar las necesidades de salud y elegir los medios que puedan satisfacerla. La salud presentaría cuatro elementos, que fueron identificados mediante el análisis de las causas y los factores fundamentales de morbilidad y mortalidad y la evaluación del modo en que esos elementos afectan el nivel de salud en el país (el estudio se llevó a cabo en Canadá). Estos cuatro elementos fundamentales eran:

Esquema 1 Factores que influyen en la morbi-mortalidad: Informe de Lalonde (1974).



Fuente: Elaboración Propia del investigador.

Estos aspectos serían los determinantes que influyen en la salud de los ciudadanos-en los países con características similares a Canadá, es decir, desarrollados e industrializados-, según una de las conclusiones más relevantes del citado Informe. Es más, señalaba que la parte proporcional de influencia en la salud corresponde en un 11% al medio ambiente, un 19% a la biología humana, un 27% al sistema de asistencia sanitaria y un 43% al estilo de vida. Como se puede apreciar, hay una evidente desigualdad de porcentajes de la influencia de los distintos determinantes.

Gráfico 1 Influencia de las determinantes de la salud

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

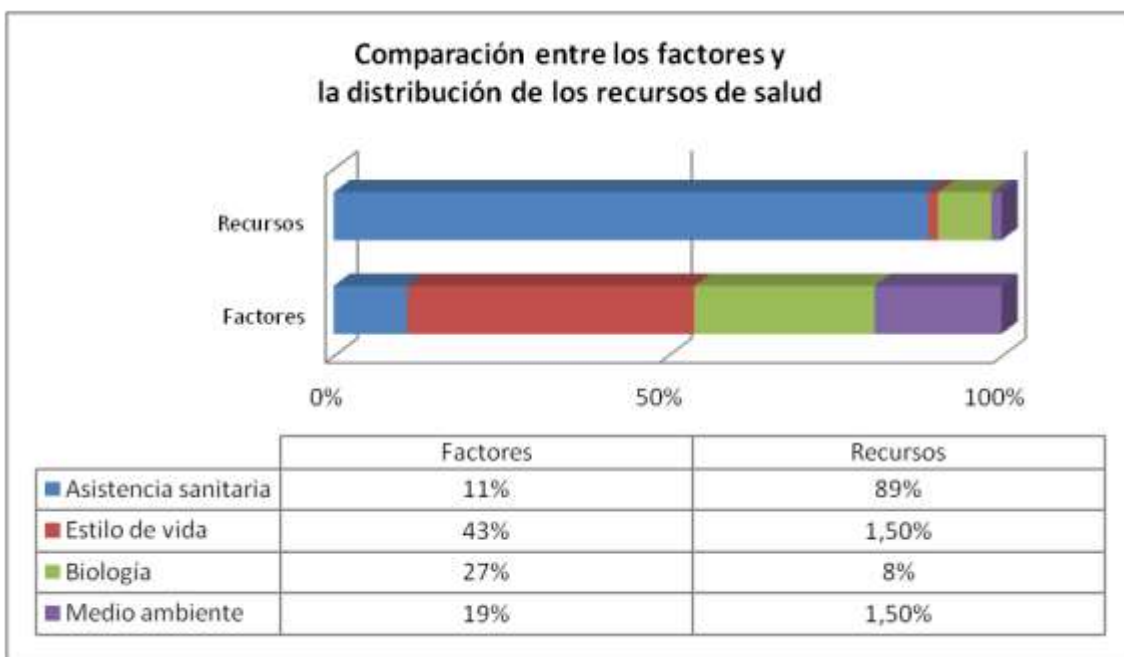


Fuente: Elaboración propia del investigador

Según los resultados del informe De Lalonde, se realizaba una consideración importante en que la proporción de gasto público dedicado a las cuatro partidas no coincidía con los porcentajes expuestos, sino que eran muy desproporcionales. Es decir, se destinaba la mayor parte a la asistencia sanitaria, mientras que el resto de variables apenas contaban con un porcentaje muy pequeño. El estudio canadiense constató que los recursos no se empleaban de acuerdo a las causas que determinaban realmente la salud de la población como se puede apreciar a continuación.

Gráfico 2 Comparación entre los factores determinantes de salud y la distribución de los recursos

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)



Fuente: Educación para la salud y pedagogía de la muerte. Pedrero García, 2012.

Los resultados del informe provocaron un replanteamiento en la distribución del gasto público de las diferentes políticas sanitarias. Se requería, pues, una mayor atención a la promoción y educación para la salud. El informe Lalonde se ha convertido en un clásico de la Salud Pública y ha servido como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias al establecer una relación directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. Como consecuencia de este informe se iniciaron diferentes estudios de investigación sobre los factores determinantes de salud que demuestran, de manera más objetiva, que la modificación de estos tiene relación directa con la disminución de los problemas de salud y por tanto con el gasto público

Para fundamentar los resultados de la investigación de Lalonde, destacar que los determinantes citados están influenciados por los *factores sociales* (Salleras, 1990) y que posteriormente se han realizado otros muchos estudios para estudiar los factores que condicionan la salud de la población y de los sujetos. Así, por ejemplo, San Martín y Pastor (1988) consideran los siguientes: estructura social de la población, factores ecológicos, médicos-

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

sanitarios, políticos-económicos, socio-económicos, psicoculturales, geográficos y demográficos.

En la XXIX de la Asamblea Mundial de la Salud (1976) se señalaron los factores clave relacionados con la salud, que serían de tipo social, técnico, económico y político. Todos ellos estarían correlacionados en el marco de un proceso cuádruple, en el que se habría de:

- Definir los objetivos sociales;
- Identificar los componentes de la tecnología que permiten alcanzar mejor estos objetivos;
- Elegir la tecnología más apropiada que toda la sociedad pueda permitirse aplicar;
- Obtener la decisión y la voluntad de conseguir a la vez la formulación de políticas sanitarias pertinentes y su transformación, en las condiciones deseadas, en programas y servicios de salud (se trata en este caso del plano político).

Tras los estudios de Lalonde (1974), en el año 1978 la Organización Mundial de la Salud promulgó el Plan *Salud para Todos en el año 2000*, que ya hemos mencionado anteriormente, estrategia que fijó como principal meta lograr para todos los ciudadanos del mundo, un grado de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva. Los objetivos fundamentales de la estrategia Salud para Todos se pueden resumir en cuatro aspectos:

- a) Asegurar la igualdad ante la salud, reduciendo diferencias entre países y clases sociales.
- b) Añadir vida a los años, mediante una plena utilización del potencial físico, mental y social de las personas.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

c) Añadir salud a la vida, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.

d) Añadir años a la vida, prolongando la esperanza de vida y evitando la muerte prematura.

A su vez, en la estrategia se señala que existen una serie de pilares básicos como son: la paz, la justicia social, comida y agua potable suficiente, educación adecuada y vivienda digna, sin los cuales no se podrá conseguir el propósito de alcanzar una salud para todos. El citado Programa ha servido de referente posterior para otros estudios, desarrollándose en distintas líneas. En el Plan europeo se citan una treintena de metas, que se basan en varios aspectos fundamentales, tales como salud para todos, estilos de vida que conducen a la salud, creación de ambientes saludables, proporcionar una asistencia adecuada y apoyo para el desarrollo de la salud. Es decir, para el Comité Regional para Europa, el sistema de promoción de salud debería tener en cuenta las opciones de los ciudadanos en los diferentes aspectos relacionados con aquella, partiendo de los elementos medioambientales saludables y promoviendo el cambio de los que afecten negativamente a la salud.

De forma progresiva, surgen planteamientos que fomentaban la participación de la población y promovían una perspectiva más preventiva y educativa, cuando no promotora de las bases de la salud comunitaria.

A raíz de lo anterior, se celebró una Conferencia Internacional en la ciudad soviética de Alma Ata, que partió de la necesidad urgente de actuar ante los problemas presentes en muchos países (desnutrición, mala situación económica, explosión demográfica...) y que incidían en los niveles de salud de los mismos. En el encuentro se destacó la importancia de la promoción y la protección de la salud, indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, destacando también el papel de la propia comunidad, que tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y aplicación de su atención

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

en salud (Vargas y Palacios, 1993).

Tradicionalmente, en nuestro país se estima que la *Declaración de Alma-Ata* representa el comienzo de la "participación". Según Turabian (1992), representó un fuerte impulso a la consideración de la importancia o necesidad de la "participación" (la Cuarta Recomendación dice: "*La población tiene el derecho y deber de participar en forma individual y colectiva en la planificación y aplicación de programas para atención de la salud*"). Es decir, la Atención Primaria de la Salud era la vía para elevar el nivel de salud de la población, para lo cual debería ser universalmente accesible a los individuos y familias en la comunidad a través de su completa participación en el desarrollo económico de la comunidad, por lo que se presentaba como un elemento básico e imprescindible.

En esta Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se contó con la participación de todos los países miembros de la OMS donde se formuló la famosa definición de salud anteriormente comentada. Asimismo y con relación al término Promoción de la Salud, la conferencia se pronuncia expresando que: "*La promoción y protección de la Salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y la paz mundial*" (OMS, 1978, p 3).

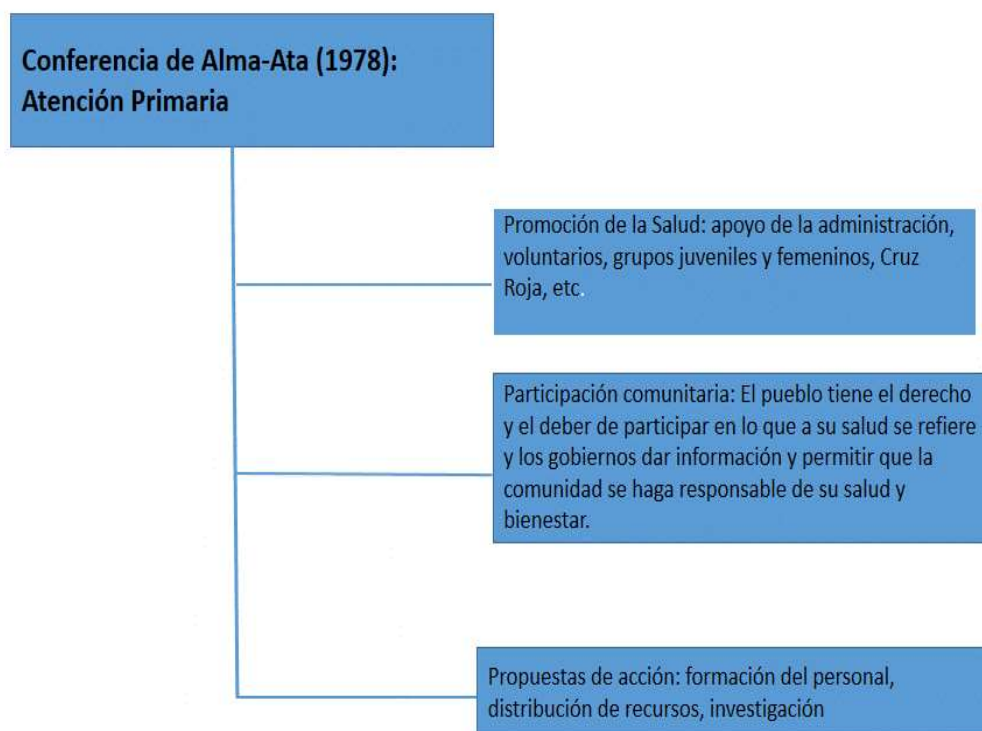
Flores, García y Rabadán (2003) señalan como aportaciones fundamentales de esta declaración:

- La salud es un derecho fundamental cuya responsabilidad recae en los gobiernos de las naciones.
- La participación comunitaria es indispensable para el logro de la promoción de la Salud considerándola un derecho y un deber de la población.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Se considera esencial una participación multisectorial para alcanzar los objetivos de Salud para todos.
- Existe una estrecha relación entre promoción y desarrollo económico y social.
- La promoción de la salud contribuye a la paz mundial, debido al aumento en la calidad de vida de los habitantes del mundo.

Esquema 2 Aportaciones en la conferencia de Alma-Ata.



Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:11; en Pedrero, 2012, p 78).

El nuevo concepto de salud propiciado desde la *Declaración de Alma-Ata*, nos comenta Barriga (1988) lleva a la consideración activa de los usuarios,

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

constituyéndose éstos en agentes de su propia salud. La salud se determina por esa actitud activa, de modo que la participación es expresión de salud y condición para la promoción del propio estado de salud. Se hace necesario introducir la participación en la vida diaria y más concretamente en todas aquellas actividades relacionadas con el campo de la salud.

Hay que decir que las recomendaciones de Alma Ata no eran originales, pero sirvieron para unificar los planteamientos que hasta entonces habían surgido, siendo uno de los referentes más importantes de los últimos tiempos. Sin embargo, la Declaración de Alma Ata tuvo un carácter eminentemente "político", al recoger unas recomendaciones que, aunque muy positivas en sí mismas, reflejaban la perspectiva dominante del desarrollo y mantenía las estructuras económicas y sociales, además de la ideología médica que parte de la salud como resultado del modelo médico-asistencialista dominante.

En distintas obras y reuniones promovidas por la Organización Mundial de la Salud se recogían los inicios "formales" de la participación comunitaria para la mejora de la salud, señalando en la obra de Newell (1975) unos principios generales para su puesta en marcha. El lema "Salud para todos en el año 2000" (OMS, 1977), la Conferencia de Alma-Ata (OMS, 1978), la Conferencia de Ottawa (OMS, 1986) y la Conferencia de Yakarta (OMS, 1997), son algunos de los eventos que desde la OMS promovieron las estrategias derivadas de esta nueva definición de la salud.

Otro acontecimiento muy significativo en el desarrollo y aplicación de la Promoción de la Salud lo constituye la Conferencia de Ottawa celebrada en 1986, en la que se discutieron diversas estrategias para llevar a cabo la promoción de la salud, concluyendo con la presentación de un esquema de acción global de promoción de la salud, denominada "Carta de Ottawa". En la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) se definía la Promoción de la Salud como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. De ahí la posibilidad de enseñar y aprender sobre la salud.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Además se señalaba la necesidad de promocionar diversos aspectos necesarios para asegurar una participación activa en la promoción de la salud. La *promoción de salud* pretendía proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, lo cual exigía acciones intersectoriales que se adaptaran a las necesidades y posibilidades particulares de cada entorno, entendido como un todo social, económico y cultural. Desde esta concepción, no puede hablarse de *salud* sin superar unos condicionamientos previos (educación, paz, vivienda, justicia social, etc.).

Los principios que rigen la Promoción de la Salud se han definido después de valorar las diferentes experiencias realizadas en este campo desde los años 70, y se pueden resumir en cinco:

1. Ocuparse de la población en su vida cotidiana más que de las personas que padecen un riesgo de desarrollar determinadas enfermedades o que utilizan los servicios sanitarios.
2. Dirigir sus acciones hacia los determinantes responsables de las pérdidas de salud.
3. Combinar diferentes métodos como la educación y la información, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud y legislación.
4. Trabajar a partir de intervenciones que incluyan básicamente la participación de la población.
5. Remarcar la importancia de los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en Atención Primaria, puesto que tienen un papel muy importante en el desarrollo de la promoción de la salud y en la facilitación para que estos procesos se lleven a cabo.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Como se desprende de esta declaración de principios, las actividades que pueden derivar de una acción de Promoción de la Salud pueden ser muy diferentes. Los profesionales que participan no siempre son del ámbito sanitario. Las estrategias pueden afectar a diferentes niveles de la administración, y las actuaciones pueden implicar desde un individuo hasta toda una comunidad o un país.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) se ampliaban los principios anteriormente mencionados y se marcaban una serie de indicaciones para llevar a cabo las estrategias de Promoción de la Salud:

1. Establecer políticas saludables: se insta a que la salud forme parte de los programas de acción de los políticos en todas las instituciones y todos los sectores. Supone identificar e intentar corregir las barreras que impiden adoptar políticas saludables fuera del sector sanitario.
2. Crear entornos que favorezcan la salud: la salud humana se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no tienen en cuenta los aspectos ecológicos acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud, por esto la Promoción de la Salud debe crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.
3. Reforzar la acción comunitaria: las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades. Esto significa aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.
4. Desarrollar las aptitudes y recursos individuales: a través de la información y la Educación para la Salud se pretende el desarrollo de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

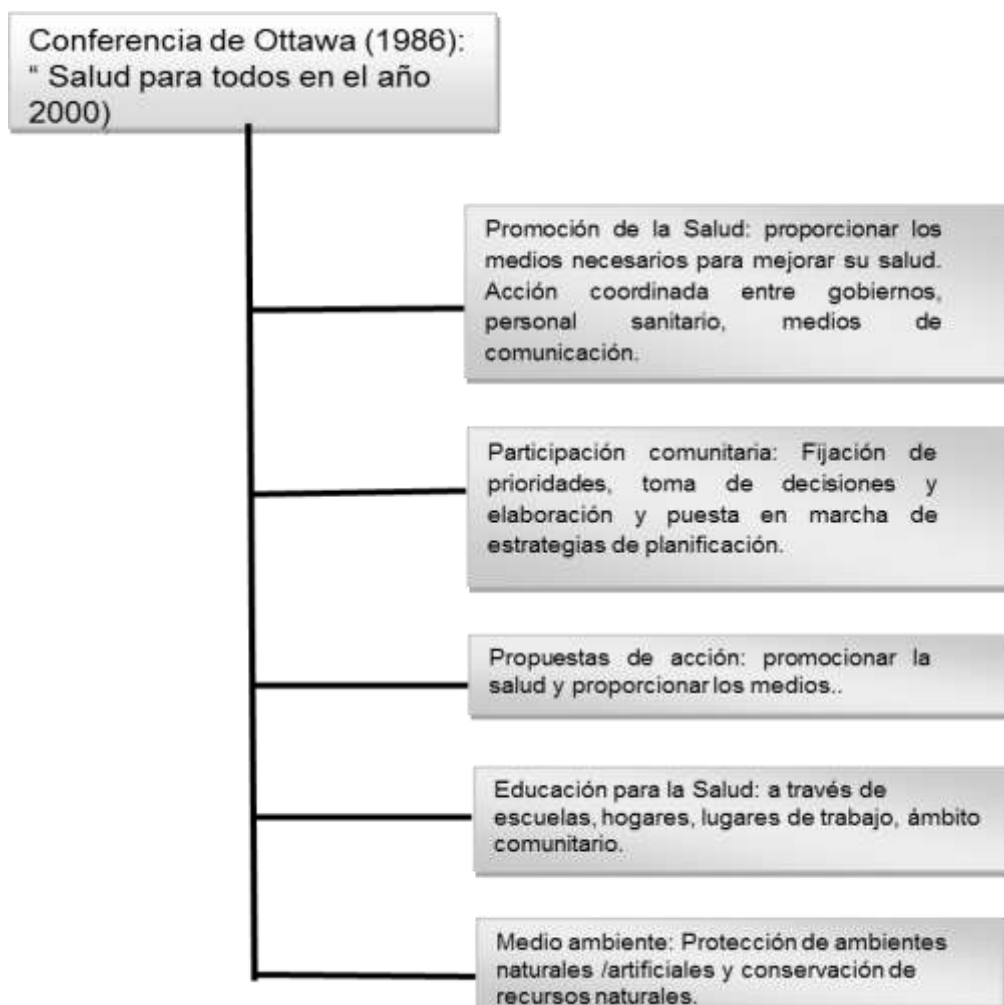
las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables tanto a nivel personal como a nivel social. Se facilita así un mayor control por parte de la gente sobre su propia salud y sobre el ambiente. Todo este proceso debe ser apoyado desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y la propia comunidad.

5. Reorientar los servicios de salud: debe tenderse a cambiar las actividades clínicas, que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales por actividades de promoción y educación para la salud que implique a individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud, personal auxiliar, administrativo, etc. Todos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.

Según la OMS, la promoción de la Salud se ha convertido en elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos, con la finalidad de mejorar nuestro estado de salud. La promoción de la salud aparece como una estrategia de mediación entre la población y su entorno, operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud o, dicho de otro modo, de lo que se trata es de intervenir y actuar para aumentar los determinantes de la salud (Alfonso y Álvarez-Dardet, 1992).

Esquema 3 *Aportaciones de la conferencia de Ottawa.*

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**



Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:13).

Otro de los hitos importantes en la Promoción de la Salud en el ámbito internacional lo supuso la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida (Australia), con el emblema de "Política Sana. Estrategias de Acción" en abril de 1988. En esta Conferencia, se desarrollaron las estrategias recogidas en la Carta de Ottawa situando la intensidad de la discusión en el establecimiento de políticas saludables para incidir en la promoción de la salud de los pueblos.

Se insiste especialmente en una salud igual para todos, corrigiendo las desigualdades existentes mediante cambios en la política de los gobiernos centrales, autonómicos y locales y, además, se aporta un matiz de

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

reconocimiento del valor Salud por parte de la comunidad, no sólo como derecho y deber, sino como impulsor de una mejora en los sistemas de producción de la población, con la consiguiente repercusión en su sistema económico.

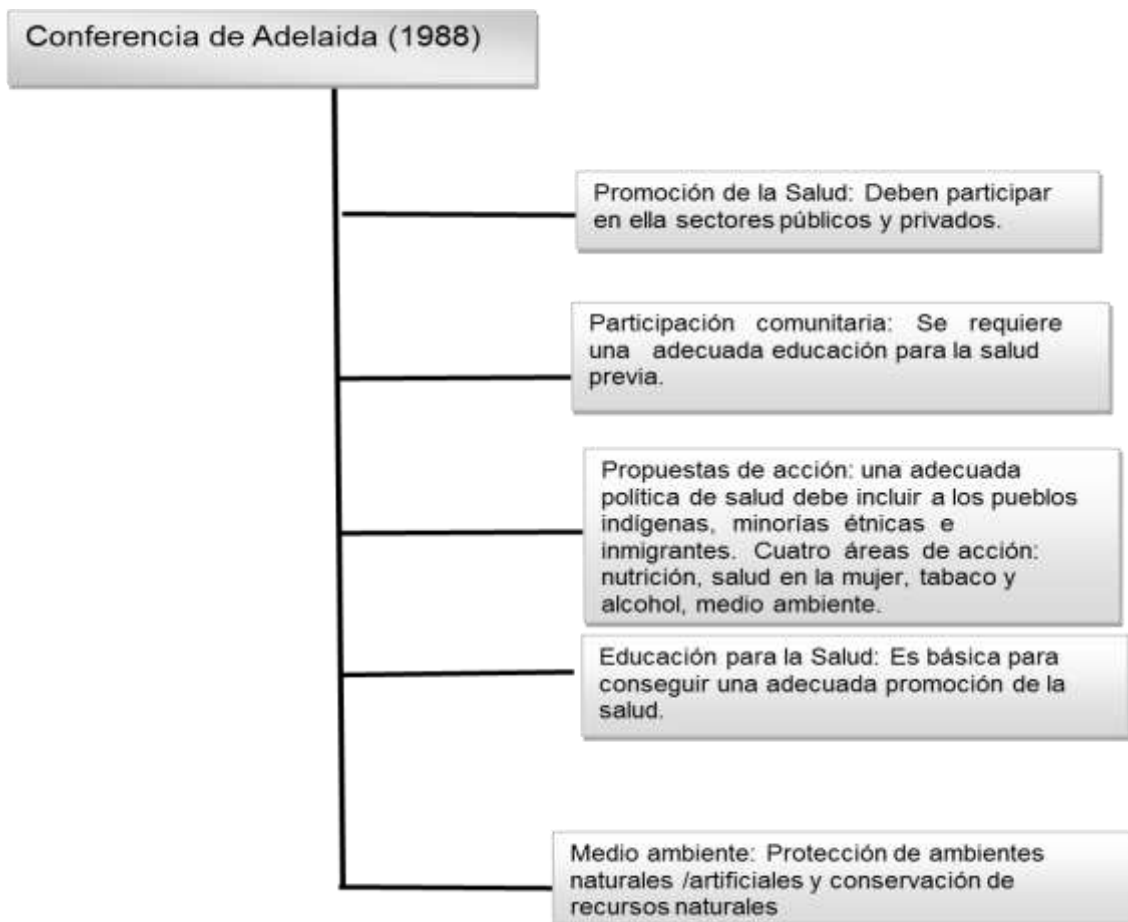
Hemos de destacar, como hecho importante, que se hizo hincapié en diferenciar, aun estando estrechamente relacionadas, la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud, fortaleciendo el papel que ésta debe jugar a la hora de poner en marcha los programas de salud (y sin olvidar la participación comunitaria), es decir, como instrumento imprescindible en el desarrollo de la salud a través de la capacitación de los ciudadanos.

Como resultado de esta Conferencia, se elaboró un documento denominado “Recomendaciones de Adelaida”, donde se reflejan como acciones políticas urgentes las siguientes (Nájera, 1996):

- Comprometer a las mujeres como principales promotoras de Salud, respaldando sus organizaciones, optimizando su formación y educación y avalando su autonomía en materia de Salud en las actividades relacionadas con la natalidad, el cuidado de los hijos y de los hogares y la asistencia sanitaria.
- Propugnar una política alimentaria que garantice una alimentación equilibrada y ajustada a las necesidades calóricas de cada persona.
- Prohijar acciones tendentes a reducir el consumo de tabaco y alcohol, sobre todo en los jóvenes.
- Promover la participación activa de todos los sectores implicados de la sociedad en conseguir un ambiente saludable en el sentido amplio del término.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Esquema 4 Aportaciones de la conferencia de Adelaida



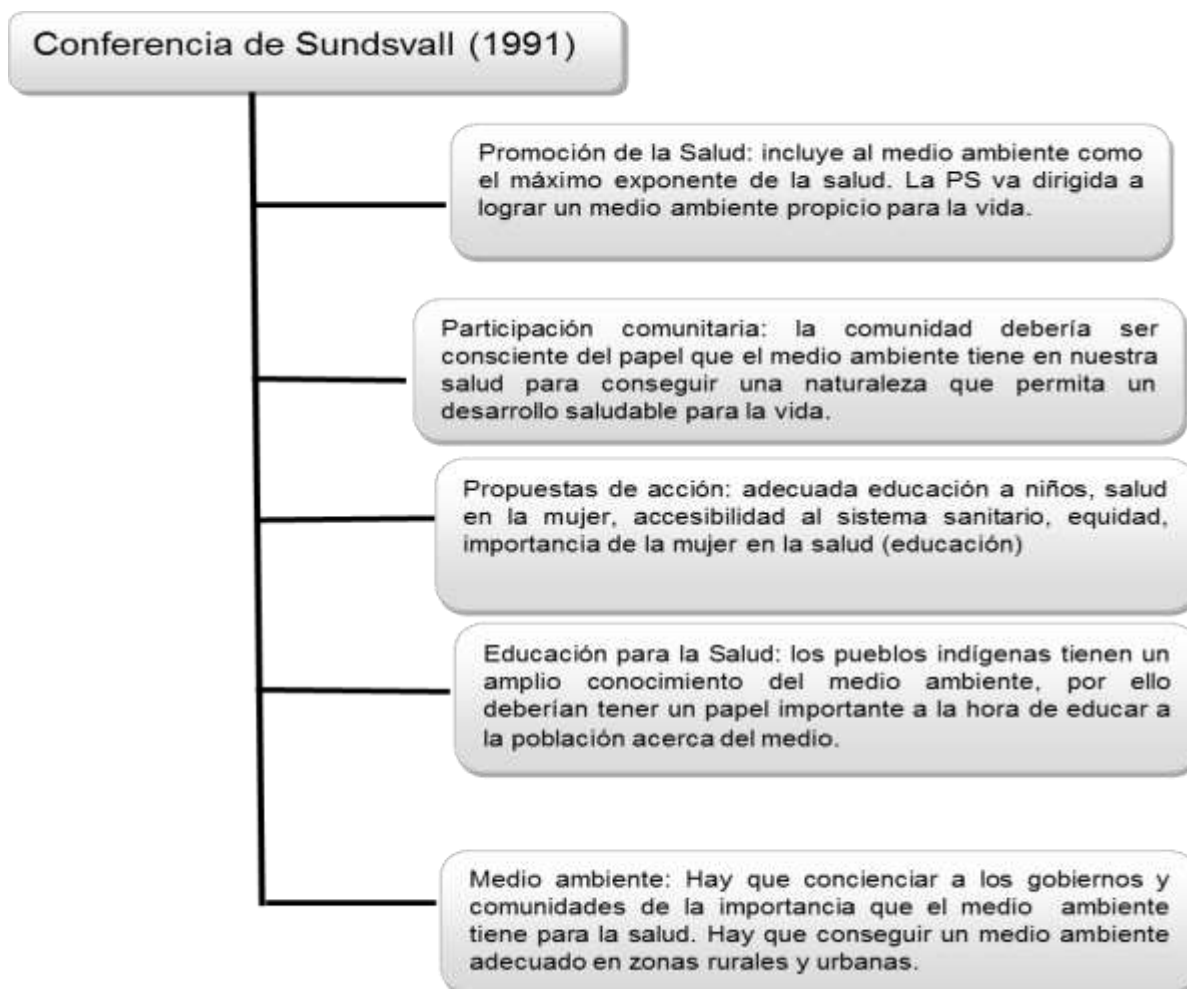
Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:14).

Se propone una tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se celebró en Sundsvall (Suecia, 1991), donde se trató principalmente la creación de los medios favorables para la Salud (OMS, 1997).

En el cuadro siguiente se puede apreciar las aportaciones más significativas de esta conferencia internacional.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Esquema 5 Aportaciones de la conferencia de Sundsvall.



Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:15).

Como otro de los acontecimientos significativos en este campo, se refleja en la “Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI”, declaración que fue adoptada en la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997 en Yakarta, República de Indonesia (OMS, 1997).

Los principios que se reflejan en dicha Declaración son los siguientes:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- La promoción de la Salud es una cuestión capital al ser un derecho fundamental de la persona y un factor indispensable para el desarrollo económico y social. Además, se ha de considerar como un elemento esencial del desarrollo sanitario. La promoción de la salud, de acuerdo con la Declaración, propone una visión de conjunto y la sitúa de cara al siglo XXI, con la intención de utilizar todos los recursos existentes para actuar sobre los determinantes de la Salud en el siglo próximos.
- Los determinantes de la Salud: nuevos desafíos. Las condiciones previas para la instauración de la Salud son la paz, la vivienda, la alimentación, la renta, el ecosistema estable, la utilización adecuada de los recursos, la justicia social, el respeto a los derechos humanos, cuestiones todas reflejadas en anteriores conferencias internacionales de promoción de la salud. Sin embargo, se presta especial atención a la pobreza que, sin duda, supone la amenaza más grave para la salud.
- La Promoción de la Salud como factor de cambio. Las estrategias de la promoción de la salud pueden crear y modificar los estilos de vida, así como las condiciones sociales, económicas y del ambiente que determinan la Salud. La Declaración considera que la Promoción de la Salud es una apuesta concreta para potenciar la igualdad en materia de salud.

Como reflexiones a estas situaciones socio sanitarias, la Declaración estima que se precisan nuevas soluciones, que podrán hacerse realidad en los años venideros y que se concretan en movilizar todo el potencial de la promoción de la salud que existe en numerosos sectores de la sociedad, en las comunidades locales y en el seno de las familias (Flores, García y Rabadán, 2003).

La cooperación entre los poderes públicos, organizaciones gubernamentales

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

o no gubernamentales y entre los sectores públicos y privados es indispensable, y supone la creación de nuevos protagonistas en el cuidado de la Salud.

La Declaración de Yakarta confirma que las estrategias y áreas de acción de la Carta de Ottawa son esenciales para todos los países e identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

a) Promover la responsabilidad social a favor de la salud. Los “decididores” deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. El sector público y privado debería promocionar la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- Eviten dañar la salud a otros individuos,
- Protejan el ambiente y asegure el uso sostenible de los recursos,
- Restrinjan la producción y el comercio de las sustancias y alimentos inherentemente nocivos, tal como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas,
- Salvaguarden al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo,
- Incluyan el enfoque de equidad en las evaluaciones del impacto de la salud como parte integral de la política de desarrollo.

b) Aumentar los recursos para desarrollar la Salud. Esto requiere un enfoque verdaderamente multisectorial, incluyendo recursos adicionales para educación, vivienda, así como para el sector salud. La mayor inversión para la salud, y la reorientación de las inversiones existentes ambas dentro y entre países-, tienen un potencial significativo para avanzar en el desarrollo

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

humano, la salud y la calidad de vida. Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, niños, personas mayores, poblaciones indígenas, pobres y marginados.

c) Consolidar y expandir alianzas estratégicas en pro de la salud. La promoción de la salud requiere asociaciones para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gobernación y la sociedad. Las asociaciones ofrecen mutuos beneficios para la salud mediante la compartición de expertos, herramientas y recursos. Cada asociación debe ser transparente y responsable, y estar basada en principios éticos acordados, el entendimiento mutuo y el respeto. Por ello, las asociaciones existentes necesitan fortalecimiento y, a su vez, debe ser explorado el potencial para nuevas asociaciones.

d) Ampliar las capacidades de la comunidad y empoderar al individuo. La promoción de la salud es efectuada por y con la gente, no sobre o hacia la gente. Se requiere para ello mejorar la capacidad de los individuos para llevar la acción y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud. Hay que tener en cuenta que mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Facultar a los individuos exige más acceso real al proceso de decisión y a las habilidades y el conocimiento esencial para efectuar el cambio. La comunicación tradicional y los nuevos medios de información apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora.

d) Consolidar una infraestructura necesaria para la Promoción de la Salud. Para asegurar una infraestructura para la promoción de la salud, se requiere encontrar nuevos mecanismos para consolidarlas local, nacional y globalmente. Deberían desarrollarse incentivos para influir en las acciones de gobiernos, organizaciones no

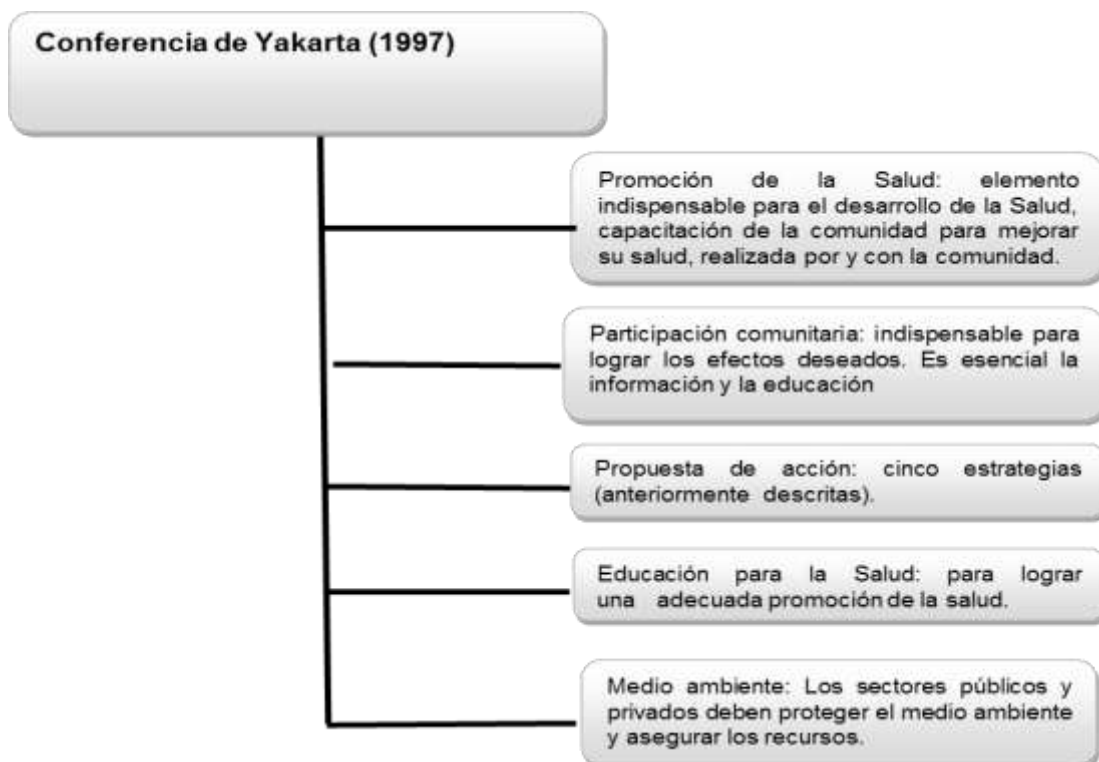
**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

gubernamentales, instituciones educativas y sector privado, para asegurar que la movilización de recursos para la promoción de la salud sea maximizada.

Los escenarios para la salud representan la organización básica de las infraestructuras requeridas para la promoción de la salud. Los emergentes desafíos de salud significan que nuevas y diversas redes necesitan ser creadas para conseguir la colaboración intersectorial. Tales redes deberían proveer asistencia mutua dentro de y entre países, además de facilitar intercambios de información sobre aquellas estrategias efectivas y lugares donde se desarrollen. La formación y la práctica de las habilidades locales de liderazgo deberían ser fomentadas para apoyar las actividades de promoción de la salud. Asimismo, la documentación de experiencias en promoción de la salud a través de la investigación e informes de proyectos debería ser intensificada para mejorar la planificación, implementación y evaluación. En definitiva, que todos los países deberían desarrollar el medio ambiente político apropiado, legal, educativo, social y económico para apoyar la promoción de la salud. A continuación, y siguiendo el esquema de las anteriores conferencias, reflejamos en la siguiente figura las líneas de acción y propuestas de la Conferencia de Yakarta (1997):

Esquema 6 Aportaciones de la conferencia de Yakarta

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**



Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:16).

En unos de los acápites de la Declaración de Yakarta; *“hace una Llamada para la acción”* lo que viene a sustentarse en alianza global de promoción para la salud. El propósito de esta alianza es impulsar las acciones prioritarias para la promoción de la salud expresadas en las Declaración. Las prioridades para la alianza incluyen:

- Tomar conciencia sobre el cambio de los determinantes de la salud.
- Apoyar el desarrollo de colaboración y redes para el desarrollo de la salud.
- Movilizar recursos para la promoción de la salud.
- Acumular conocimientos sobre las mejoras prácticas.
- Hacer posible compartir el aprendizaje.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Promocionar la solidaridad en la acción.

- Fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en promoción de la salud.

La Conferencia de Ottawa (OMS, 1986), originó el nacimiento de la Promoción de la Salud y juntamente con la Declaración de Yakarta (OMS 1997), han puesto de manifiesto las nuevas estrategias para conseguir determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El documento Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI (OMS, 1998) propuesto por la Región europea a instancias de la OMS, da continuidad a las metas planteadas modificando algunos de ellas, con el fin de garantizar el objetivo común que es la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas desarrollar una vida social y económicamente productiva.

En mayo de 1998, la OMS en su 51ª Asamblea, aprueba la política de “Salud para Todos en el Siglo XXI” (OMS, 1998), que en la región europea adopta el nombre de: Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI. Esta estrategia consta de los siguientes elementos principales:

- a) El principal objetivo permanente es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud.

- b) Sus dos metas principales son:
 - Promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

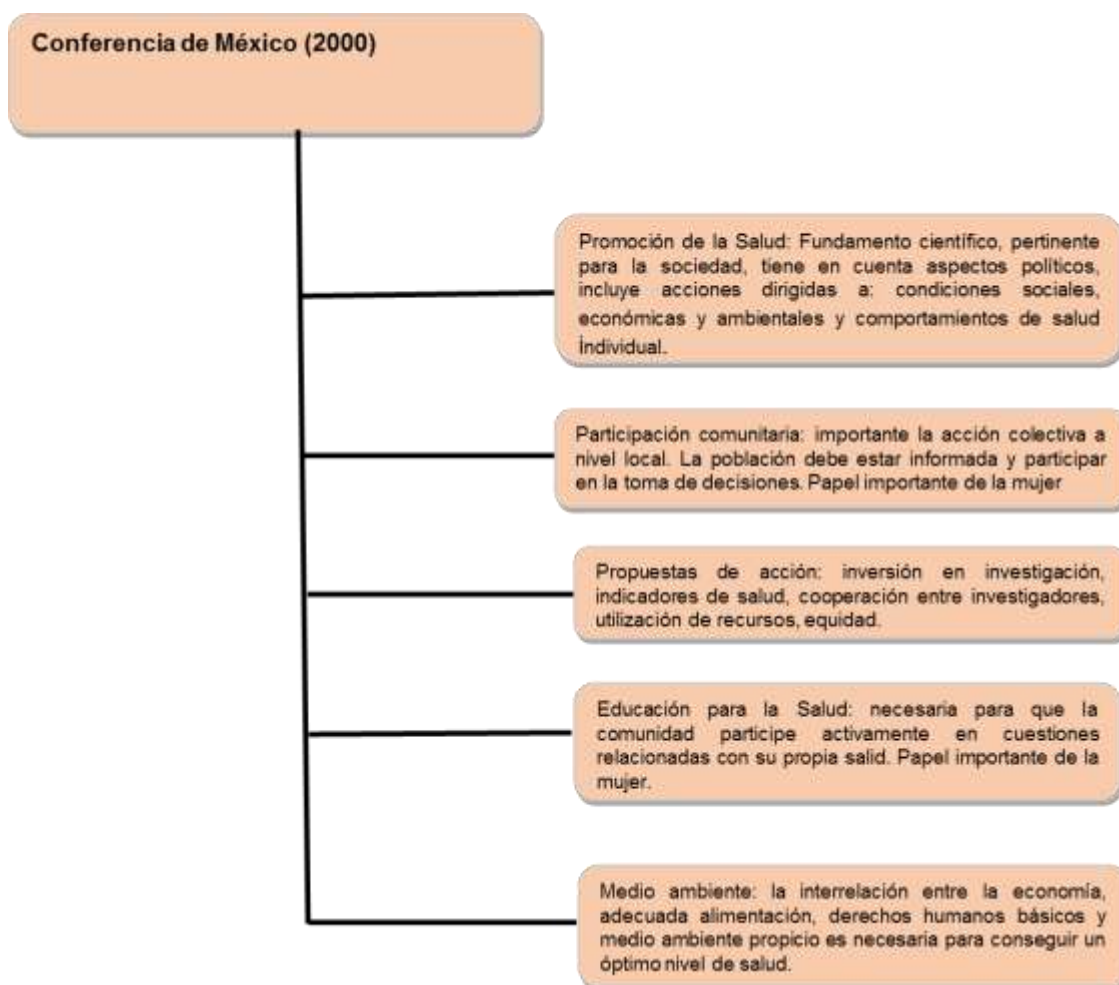
- Reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

Los gobiernos nacionales son llamados a tomar iniciativa, en fomentar y patrocinar redes para la salud, tanto dentro como entre los países. De ahí la necesidad de comprometer a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, bancos para el desarrollo, Agencias de Naciones Unidas, cuerpos inter-regionales, agencias bilaterales, la labor de agencias y cooperativas, así como al sector privado, para avanzar las acciones prioritarias para la promoción de la salud. Para la impulsión de esta estrategia Nicaragua inicia la formación de redes comunitaria con brigadista de salud y partera, esto con el objetivo de promover salud en todo el territorio de Nicaragua.

En el año 2000 se volvió a celebrar una nueva conferencia Internacional, en este caso en México. Allí se aportaron los siguientes presupuestos: se considera una vez más a la Educación para la Salud como necesaria e imprescindible para que la comunidad participe en el cuidado de su propia salud o autocuidado. Al igual que en la Declaración de Adelaida, vista con anterioridad, se le otorga un papel prioritario en la Educación de la familia a la mujer, como responsable tradicional en el cuidado y educación de los hijos. Asimismo, se insiste en la consideración de una fundamentación científica en la promoción de la Salud y se hace especial hincapié en la participación comunitaria.

Esquema 7 Aportaciones de la conferencia de México.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**



Fuente: Adaptación de Flores, García y Rabadán (2003:17).

En el año 2005, se celebró en Bangkok (Tailandia), la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ésta dio como resultado la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.

En ella se identifican los nuevos factores críticos y desafíos determinantes para la salud (desigualdades crecientes en los países y entre ellos, nuevas formas de consumo y comunicación, medidas de comercialización, cambios ambientales mundiales, urbanización y cambios sociales, económicos y demográficos rápidos y con frecuencia adversos) y las nuevas oportunidades que se presentan para mejorar la salud y aumentar la colaboración (los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones y los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

y el intercambio de experiencias).

Asimismo, en esta carta se señalan los cuatro compromisos clave a favor de la Salud para Todos (González Alfaya, 2007; en Pedrero, 2012):

1. Lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
2. Lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad esencial de todo gobierno.
3. Lograr que la promoción de la salud sea un objetivo fundamental de las comunidades y de la sociedad civil Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes.
4. Lograr que la promoción de la salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

La Carta reafirma los principios fundamentales de la Promoción de la Salud. Este enfoque apunta identificar los factores determinantes de la salud e influir en ellos para que las personas aumenten el control sobre su salud. Un mensaje clave de la nueva Carta de Bangkok es que la promoción eficaz de la salud requiere la participación no sólo del sector salud sino de otros como del desarrollo de derechos humanos, y de seguridad humana, además de las comunidades ambientalistas.

La 7ª y última Conferencia en Promoción de la Salud de la OMS celebrada hasta el momento ha sido la llevada a cabo en Nairobi (Kenia) en el año 2009. En esta conferencia se hace una “llamada a la acción” que identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en Salud y desarrollo a través de la promoción de la Salud. Los cinco mensajes clave que se dan en esta conferencia son:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

1. Fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo.
2. Situar la promoción de la salud como línea central.
3. Empoderar comunidades e individuos.
4. Ampliar/realzar los procesos participativos.
5. Construir y aplicar el conocimiento.

En la Declaración de Nairobi se describe el valor que la promoción de la salud da a los elementos de desarrollo local, regional, nacional y mundial, y hará una llamada a las agencias de desarrollo, gobiernos nacionales y a la sociedad civil para implementar experiencias exitosas en promoción de la salud. En uno de los documentos expedidos en esta conferencia se menciona que:

Si no se cierra la brecha de la implementación, no será posible abordar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, la mejora de la salud materna y de la salud infantil, ni tratar las amenazas a la salud, incluyendo la pobreza, la vivienda deficiente, la inseguridad alimentaria, el cambio climático, y la crisis económica (OMS, 2009; en Pedrero, 2012, p 93).

Como conclusión a estas referencias internacionales sobre la Promoción de la Salud cabe destacar los aspectos siguientes (Flores, García y Rabadán, 2003):

- Todos los países deben comprometerse a poner en marcha un entorno político, jurídico, educativo, económico y social que sea favorable a la promoción de la salud.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Para aumentar las capacidades de la comunidad al objeto de que puedan elegir libremente, es necesaria una educación integral de los individuos, que les forme en un sentido solidario y participativo para que puedan beneficiarse de todos los recursos del medio.

El aprendizaje favorece la participación, ya que el acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una verdadera participación y responsabilidad de las personas y comunidades en el cuidado y fomento de su salud.

- Las directrices de la OMS deben ser aceptadas para poder conseguir una promoción de la salud eficaz.
- Se tiene que hacer especial hincapié en los grupos más desfavorecidos de la humanidad para conseguir un estado igualitario en salud.

En síntesis, la promoción de la salud se hace efectiva a través de la educación sanitaria individual y colectiva, o dicho, en otros términos, la herramienta esencial de la Promoción es la Educación para la Salud. La influencia del medio social sobre la salud exige que se reoriente el enfoque de la Educación para la Salud y se pase de insistir en la modificación del comportamiento individual, como si el individuo fuera el único responsable de su situación a poner el acento en el contexto social en el que vive inmerso el individuo, es decir, en los factores sanitario, políticos, económicos y ambientales que tengan un efecto negativo o neutral sobre el comportamiento (OMS, 1983).

En Nicaragua en 2002 en la Ley general de salud determina un nuevo modelo de salud denominado Modelo Integrador de Gestión social, con el propósito de satisfacer las necesidades de la población y promover el desarrollo de vidas saludable. En este modelo tienen tres lineamientos fundamentales.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

1. Aumento de la cobertura y calidad.
2. Promover cambios en las conductas en los hogares para incrementar la prevención.
3. Profundizar en las reformas sectoriales vitales para el MINSA.

Este modelo de salud se centraba en la persona y no en la atención de la enfermedad e incluyen, estrategia para el fomento del desarrollo saludable de los grupos de población vulnerables, como son la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, control prenatal, la atención oportuna de los partos de bajo riesgos y del periodo puerperal. También incluyo en eje fundamental como servicio dirigidos a la atención de los adolescentes basado en consejerías y detección temprana de los principales problemas de salud y riesgo situacional. (OPS, 2005, GRN, 2002).

En cuanto a la perspectiva actual de la Educación para la Salud en nuestro país, que recoge que en los últimos años se están observando importantes desarrollos en el campo de la promoción de la salud, tanto en los planteamientos teóricos como en su aplicación como una actividad con personalidad propia en el terreno de la salud pública.

En opinión de los expertos que trabajan en esta área, entre los logros más significativos destaca la contribución de la promoción de la salud para entender la salud desde un punto de vista global e integral, sensibilizar las políticas sanitarias para tener en cuenta otros aspectos y sectores en la salud, ampliando su campo de acción.

Sin embargo, aún existen dificultades, tales como la confusión terminológica, la falta de metodología y la escasez de evaluaciones, contribuyendo todo ello a la falta de credibilidad en la intervención. Los expertos opinan, además, que existe una escasa inversión en recursos humanos y

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

económicos para desarrollar las actividades de promoción y educación para la salud.

A la vista de lo anterior, la Participación Comunitaria y el Desarrollo Comunitario devienen de la unión entre la organización comunitaria y el desarrollo económico, al potenciarse la acción y el uso de recursos locales con la planificación económica a nivel nacional. Ambos conceptos se integran dentro de un *"movimiento de salud comunitaria"* que se centra en la promoción de la salud, considerada desde una perspectiva positiva.

El sector salud se ha mostrado progresivamente interesado en el desarrollo comunitario desde el momento en que se toma conciencia de que las causas de las enfermedades están estrechamente ligadas, en la mayoría de los casos, a la propia comunidad y a sus condiciones particulares (falta de recursos económicos, malnutrición...). Los problemas sanitarios, las enfermedades, han cambiado durante el siglo XX, en los que la prevención y la promoción de salud se presentan como elementos básicos. De ahí la necesidad de una participación eficaz, tanto a nivel individual como colectiva. De este modo, la salud se ha convertido en un asunto profundamente político, donde la participación comunitaria puede ser tomada como su elemento más visible Turabian (1992).

La UNICEF (2011), destaca la importancia de la participación comunitaria en, la eficacia de la promoción de la salud. Por lo que Nicaragua con estrategia comunitaria ha hecho merecedor del Premio América al Gobierno de Nicaragua y al Ministerio de Salud, por la disminución de la mortalidad materna a con la participación de líderes comunitarios, parteras y la población organizada, contribuyendo así a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) designado por el Sistema de las Naciones Unidas.

Aunque sabemos que faltan más la integración los ciudadanos o pacientes por ser los máximos protagonistas, lo cierto es que hasta ahora, generalmente, ha sido la Administración (u otros estamentos) los que han

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

decidido qué era lo mejor y lo más deseable para la población, siguiendo unos criterios en los que no solía aparecer la opinión de aquellos. La participación ciudadana, es una estrategia fundamental para el alfabetismo sanitario de esta manera de potenciarla es a través de la Educación para la Salud.

En definitiva, la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud han demostrado ser las herramientas fundamentales para modificar los estilos de vida de las personas y el medio ambiente hacia un equilibrio saludable.

2.7. La educación para la salud en el sistema educativo nicaragüense.

La Educación para la Salud entendida como parte de la Promoción de la Salud, es un segmento importante de la educación en general y un medio de promover la salud. Es por eso que el sistema educativo se va consolidando como uno de los lugares más propicios para aplicar programas de Educación para la Salud junto al ámbito comunitario.

Como comentan Sarlet, García y Belando (1996, pp 99-100) informar para formar en hábitos de comportamientos sanos, es el reto de una Educación para la Salud, eje que atraviesa la educación toda y al hombre mismo desde:

...la Eugenesia a los cada día más desarrollados cuidados paliativos. Entremedias de la procreación y la muerte, el nacimiento, la crianza, la nutrición, el consumo, las adicciones, el ocio o tiempo libre, el descanso y sueño, el trabajo y la higiene, la economía, los conflictos y la guerra, la sexualidad y el amor, y otros quehaceres, hacen de la Educación para la salud una manera de vivir, una cosmovisión o humanismo cada día más dibujado en torno a la Salud.

La necesidad que la Educación para la Salud esté presente en el currículum escolar se hizo patente a partir de la Política Educativa, en sus

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

nuevos lineamientos del Ministerio de Educación (1990), se constituyeron en la clave para delinear las políticas y estrategias educativas de cara a construir el nuevo modelo de educación. Se perfila de esta forma la educación del decenio de los años noventa, a través de los grandes principios siguientes:

- Rescatar el verdadero sentido de la formación de la persona;
- Educar para la democracia y la paz;
- Educar para el desarrollo;
- Educar para la familia.

Destaca la importancia de darle un tratamiento de transversal curricular, constituyendo así una llamada de atención para los/as educadores/as en cuanto a nuevos planteamientos curriculares en materia de salud y posibilitando a su vez la adecuación del sistema educativo a las necesidades que una sociedad moderna tiene de generar salud. (UNESCO, 2006)

Siendo conscientes de que el sistema educativo en su conjunto no constituye la comunidad, pero forma parte de ella y es en él donde se van a generar, en gran parte, los hábitos y actitudes con los que el alumnado va a vivir su vida posterior vida como adultos. Es importante, por tanto, que el proceso socializador se dé en unas coordenadas que faciliten la aparición de todas aquellas habilidades que ayuden al sujeto a vivir en plenitud, fomentando el desarrollo de hábitos saludables que contribuyan a su desarrollo personal y social, en definitiva, a su desarrollo integral.

La educación para la Salud se debe concretar en la escuela a nivel de objetivos, contenidos, actividades, metodología y evaluación. En definitiva, debe plantearse formalmente dentro del estatus que aporta el proyecto educativo de los centros. La Educación para la Salud entendida como promoción de la salud es una parte importante de la educación en general y un medio de promover la salud.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En Nicaragua, en las reformas del Plan Nacional de Educación 2001-2015, se realizan reformas en el sistema educativo, donde integran ejes fundamentales en la formación del alumnado y los docentes, entre eso encontramos la Educación para la Salud de los/as maestros/as y profesorado de secundaria, enfocada a las escuelas saludables. Aunque no podemos maximizar el esfuerzo en cuanto a la implantación de esta asignatura en el currículum educativo tanto de grado como de posgrado (UNESCO, 2004)

La educación para la salud se incluye en el currículum escolar como materia transversal, esto es, como una enseñanza que no pertenece a un área en concreto del desarrollo curricular, sino que debe estar presente a través de las diferentes áreas.

A través de las diferentes normativas autonómicas de desarrollo de los currículos de las etapas de educación infantil, primaria, secundaria, Bachillerato, educación de Personas Adultas se fundamenta la necesidad de la EpS.

En la educación secundaria y el bachillerato, la transversalidad aparece reflejada en sentido holístico, haciendo hincapié en la necesidad de implantar una educación en valores y actitudes, atendiendo al principio de integración de las reformas educativas, pero sin delimitar concretamente qué capacidades de los diferentes temas transversales, y en especial el de Educación para la Salud, deben adquirir los estudiantes al finalizar esta etapa educativa.

Las líneas de actuación propuesta en Plan Nacional de Educación, se fundamentaron en cuatro ejes, el alumnado, familia, el profesorado y sistema educativo.

1º. Alumnado - familia

Proporcionar una educación de calidad a todos los ciudadanos de ambos sexos, en todos los niveles del sistema educativo.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- El esfuerzo compartido. Todos los componentes de la comunidad deben contribuir a conseguir este objetivo.

Integración de la familia para mejorar el proceso de enseñanza –aprendizaje el alumnado.

2º. Profesorado – sistema de educación

- Mejorar la calidad y la eficacia de los sistemas de educación y formación:

Capacitación docente, acceso a las TIC, estudios científicos, etc.

- Facilitar el acceso generalizado a los sistemas de educación y formación: aprendizaje abierto, promocionar la ciudadanía activa, igualdad de oportunidades, la cohesión social, etc.
- Elevar la educación, orientando la a los aprendizajes para la vida y el trabajo.

Característica del sistema educativo:

1. Concebir la formación como un proceso permanente que se desarrolla a lo largo de la vida.
2. Relevancia: los planes y programas de estudios estarán centrados en el desarrollo de competencia relacionada con el desarrollo personal del alumnado, de su comunidad y la nación.
2. Flexibilidad del Sistema: encontrar al estudiante donde esté ubicado en su propio ritmo y circunstancia, necesidad y contexto.
3. Interconexión: se crearán en el sistema alternativas múltiples de acceso

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

continuo a las diferentes, necesidades y contexto.

En base a estos ejes, presenta también sus Fines de la educación, que son:

Formación sólida en competencia para la vida.

- Pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas.
- Formación en el respeto a los derechos y libertades fundamentales.
- Igualdad afectiva de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual.
- Valoración crítica de las desigualdades.
- Ejercicio de la tolerancia, convivencia democrática, resolución pacífica de los conflictos.

El plan nacional de educación (PNE) establece en todos los niveles de la enseñanza, tienen objetivos tendentes a desarrollar las capacidades afectivas y psicosociales del alumnado, a que se valoren y respeten los aspectos de género y la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, a afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales y a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente.

Además, en todas las etapas de la PNE se abordan aspectos importantes para la Educación para la Salud en las áreas de: Conocimiento del medio, Ciencias de la naturaleza, Educación física y convivencia y civismo. La escuela tiene, pues, la responsabilidad de integrar la EpS en sus proyectos, y esto

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

significa sobre todo promocionar el valor de la salud entre todos los grupos que integran la comunidad escolar, a lo largo de todo el periodo de formación, de modo que se faciliten comportamientos saludables, y se promueva la capacidad de decisión y elección personal de estilos de vida saludables desde la autonomía y el asentamiento de actitudes positivas duraderas para el cuidado de la salud.

Algunos investigadores como Castillo Lemee, refiere que, aunque existe normativas reguladoras, que determina la aplicación de la transversalidad una propuesta de Educación para la Salud que desarrollan en los centros educativos a partir de los planteamientos y presupuestos, existe un empoderamiento del sistema mismo y sus profesorado, en cuanto a la aplicación de la educación para la salud, en problemáticas sociales (Castillo Lemee, 1993).

Para Pedrero García los principales problemas radican en la *actitud de los enseñantes*. En general, son pocos los que se muestran interesados en abordar la EpS, y esto ocurre por múltiples razones: consideran que ella no es de su incumbencia y no se sienten preparados para abordarla, estiman que educar requiere un mayor esfuerzo no remunerado, no les interesa entrar en contacto con los profesionales de la salud porque constituyen un personal extraño a la escuela que viene a inmiscuirse en su quehacer pedagógico sin tener la preparación adecuada, no quieren cambiar, se consideran sobrecargados, y tienen, a menudo, muchos otros problemas de orden personal o familiar que concentran su atención u ocupan totalmente su escaso tiempo disponible.(2012)

Es verdad que los enseñantes, en general, no están preparados para educar para la salud. Por ello, es absolutamente necesario que las escuelas formadoras del personal docente incorporen en su currículo objetivos, contenidos y actividades destinados a hacer de cada maestro o profesor un educador para la salud. Esto requiere revisar los programas de formación y disponer de profesores cualificados en esa disciplina. Los futuros egresados de los institutos de formación pedagógica tendrían así, se supone, una

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

concepción más amplia de su rol y considerarían que educar para la salud forma parte normal de sus funciones. Pero, además, quedaría la ardua tarea de reciclar a los miles de enseñantes actualmente en funciones. Sabemos que desde los Centros de Profesores y Recursos se ofertan cursos relacionados con la Educación y Promoción de la Salud, así como de temas vinculados como drogodependencias o sexualidad, pero son pocos los docentes en activo que se suelen interesar estos cursos de capacitación en EpS, a menos que en ello encuentren algún incentivo suplementario como ganar puntos para el currículum vitae y obtener alguna promoción. Ello no garantiza que, una vez alcanzado ese objetivo, se lancen efectivamente a educar para la salud.

Para Castillo Lemee (1998), en la práctica los docentes prefieren capacitarse en otras materias como informática, didáctica de alguna de las disciplinas clásicas u otras técnicas modernas de comunicación. Además, la formación que se ofrezca, no puede ser abordada solamente en forma de cursillos teóricos, sino más bien como experiencias prácticas orientadas y llevadas a cabo dentro del marco de su propio trabajo cotidiano. Se podrían organizar por ejemplo, talleres dirigidos por especialistas en EpS, en los que podrían participar no sólo todo el personal de una escuela, sino también profesionales de la salud, representantes de los consejo de padres de familia, otros miembros de la comunidad y representantes de los propios estudiantes.

Pensamos que de todos modos hay que seguir intentando sensibilizar a los enseñantes a través de diversas estrategias, porque a pesar de la escasez de resultados, aquí o allá se logra interesar algún maestro o maestra excepcionalmente predispuesto que descubre en la EpS un campo rico de satisfacciones profesionales a la vez que una visión nueva y regocijante de su función social. *“Esos maestros constituyen los pilares de lo que será en el futuro un verdadero movimiento pedagógico de una auténtica educación para la vida”* (Castillo Lemee, 1998, p 49).

Otro de los problemas que dificultan la implantación de la EpS en las

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

instituciones educativas es la falta de coordinación con los servicios de salud. Mientras los enseñantes no posean una base de conocimientos en salud que les permita sentirse seguros necesitarán apoyarse en profesionales sanitarios. Por ello, estos profesionales constituyen un recurso del cual la escuela puede echar mano en su tarea de formar individuos capaces de proteger, conservar y mejorar la salud. Pero esta relación no puede ser algo puntual, en el que un profesional sanitario tenga la ocasión de exponer frente a una clase un tema de salud que él considera importante. Ya que de más está decir que esa experiencia no sirve de mucho en cuanto a educar a los niños para la salud. No es eso a lo que debemos llegar: la educación para la salud en la escuela debe ser una experiencia de vida en la que los niños, docentes, familias y de alguna manera, la comunidad entera esté comprometida.

Hay, pues, toda una tarea a realizar por delante para lograr que la comunidad se asocie y participe con la escuela en un plan común educativo. Aquí, como en todo trabajo social, lo fundamental es la calidad de las relaciones que se establecen entre el cuerpo de enseñantes y los miembros de la comunidad y sus líderes. Tiene que nacer una confianza mutua, una cierta complicidad al calor del trabajo en común. Y los miembros de la comunidad participantes deben ganar un cierto protagonismo, un reconocimiento social por su colaboración que la escuela puede facilitarles.

Para empezar, se pueden organizar una o dos unidades de enseñanza-aprendizaje globalizadas en torno a un tema de salud, que podríamos denominar la “semana de la salud” y la “semana del medio ambiente”, “marcha para prevención de las drogas” y “campañas prevención de VIH/SIDA” que se realizan cada año. Estas constituirían ocasiones suficientes para ir, poco a poco, acostumbrando a la comunidad a participar en la educación para la salud de los estudiantes. Estas actividades, limitadas en el tiempo, deben evidentemente, ser complementadas por otras acciones rutinarias inscritas en el programa de cada centro escolar.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Como comenta Castillo Lemee (1998, p 56): *“Quizás sea utópico pedirle a la escuela que nos enseñe a ser felices. Pero pidámosle, al menos que nos deje imaginar. Es la única capacidad exclusivamente humana con que nos ha dotado la evolución y en ella reside toda posibilidad de libertad”*.

2.7.1. Las escuelas promotoras de salud.

El desarrollo de la Educación para la Salud en el marco educativo viene avalado por diversas instituciones de reconocido prestigio, como la OMS, la UNESCO, UNICEF, el Consejo de Europa y la Comisión Europea, así como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE,) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Todas estas instituciones consideran que se trata del modo más efectivo para promover la adopción —a largo plazo— de estilos de vida saludables y el único camino para que la educación para la salud llegue a los grupos de población más joven (infancia, adolescencia y temprana juventud), independientemente de factores como clase social, género, o el nivel educativo alcanzado por padres y madres.

La importancia de la escuela como medio para la promoción de la salud hizo posible la a través de la iniciativas de Escuelas Promotoras de Salud y las Redes Latinoamericana y caribeña de escuelas promotoras de la salud (Ippolito y Cerqueira, 2003). El Propósito de estas redes es:

- Difundir el concepto de escuelas promotoras de la salud en todo el continente americano;
- Crear foros en los que las escuelas puedan compartir sus experiencias y asegurar el fortalecimiento de los procesos que ya están en curso;
- Desarrollar programas de capacitación para el personal de educación y de salud;

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Preparar materiales didácticos con un enfoque novedoso, mediante el uso de metodologías participativas;
- Promover el uso de medios de comunicación electrónicos entre los participantes;
- Fortalecer la capacidad institucional para diseñar programas de salud escolar con un enfoque integral, y velar por un tratamiento de género igualitario.

Este tipo de escuela se define como *“una comunidad humana que se preocupa por la salud de todos sus miembros: alumnado, profesorado y personal no docente, así como todas aquellas personas que se relacionan con la comunidad escolar”* (Young, 1995) y no sólo como sistemas eficientes en producir educación. Por otro lado, para la OMS (1997) *“Una escuela promotora de salud se define como aquella que fortalece constantemente las características que la convierten en un entorno sano para vivir, aprender y trabajar.”* (Pedrero García, 2012, p 103)

El origen de esta red se sitúa en los trabajos realizados en los años ochenta del siglo pasado dentro del Proyecto Piloto sobre EpS que tuvieron su continuidad en las recomendaciones en la Conferencia sobre “Promoción de la Educación para la Salud”, celebrada en Estrasburgo en septiembre de 1990. Tales propuestas y orientaciones se sitúan tanto en la línea de prioridades establecidas por la OMS en el ámbito de la promoción de la salud, como en la de las conclusiones de la Conferencia de Dublín sobre “Prevención y Educación para la Salud en las escuelas” auspiciada por la CEE (1990). De acuerdo con su organigrama, en cada país existe un coordinador de la red (que, en España, miembro de la red desde marzo de 1993, se ubica en el CIDE).

La Red de Escuelas Promotoras de salud, parte de los siguientes

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

criterios básicos:(Aranda, 1997):

1. Promover activamente la autoestima de cada estudiante comprobando que ello influye positivamente en la vida del centro educativo.
2. Favorecer buenas relaciones entre el personal docente y el alumnado, y entre los alumnos/as entre sí, en la vida cotidiana escolar.
3. Facilitar la información y los canales de participación para que el alumnado y profesorado entienden claramente el Proyecto Educativo y los objetivos sociales de la escuela.
4. Promover un amplio abanico de actividades que supongan retos estimulantes para todo el alumnado.
5. Aprovechar toda ocasión de mejorar el entorno físico que conforma el centro escolar.
6. Fomentar lazos sólidos entre el centro, el medio escolar y la comunidad.
7. Establecer relaciones de colaboración entre las escuelas primarias y secundarias asociadas para elaborar programas coherentes de Educación para la Salud.
8. Promover activamente la salud y el bienestar del alumnado y de todo el personal docente y no docente que trabaja y colabora en el centro.
9. Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en EpS.
10. Resaltar el papel complementario de la alimentación escolar

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

dentro del programa de EpS.

11. Utilizar las posibilidades que ofrecen los servicios de la comunidad como apoyo al programa de EpS.

12. Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de EpS, más allá del simple diagnóstico sistemático.

Sobre esas bases, que dan coherencia a un proyecto global de promoción de la Salud, se intenta desarrollar una actuación coordinada de los sistemas educativo y sanitario, a la vez que garantizar el trasvase de información y de experiencias entre los componentes de la red para lograr un esfuerzo en la dinamización de la EpS.

Simultáneamente, la acción educativa para la salud en el marco escolar debería suponer la aparición de un polo de referencia para la comunidad, mediante la intermediación de las familias del alumnado (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

Respecto a las escuelas promotoras de salud nos encontramos con que deben reunir una serie de características para poder definir las como tales. Castillo Lemee señala las siguientes (1998:43):

a) La escuela promotora de salud considera a la EpS a través de todos los aspectos de la vida escolar y sus relaciones con la comunidad y no sólo en las actividades en el aula.

b) Se basa en un modelo integral de salud que incluye las interacciones entre los aspectos físico, mental, social y el medio ambiente.

c) Se centra en la participación activa de los alumnos a través de una

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

amplia variedad de métodos que contribuyen a desarrollar habilidades.

d) Reconoce que la salud de los alumnos está sometida a múltiples influencias y toma en cuenta creencias, valores y actitudes preexistentes.

e) Reconoce que existen habilidades y procesos que constituyen la base de todo mejoramiento de la salud y los incluye como objetivos del currículum escolar.

f) Tiende a desarrollar en el alumno una imagen positiva de sí mismo, y a aumentar su capacidad de autocontrol, como elementos básicos de la promoción de una buena salud.

g) Reconoce la importancia del medio ambiente físico y sus efectos fisiológicos y efectivos sobre los alumnos y el personal escolar.

h) Ve la promoción de la salud en la escuela relacionada con el bienestar del propio personal escolar y reconoce el rol de ejemplo que éste juega frente al niño.

i) Considera a los padres de los alumnos como un apoyo indispensable para la escuela en la promoción de la salud.

j) Compromete a los servicios médicos escolares a participar en el programa educativo y a ayudar a los alumnos a utilizar mejor los recursos que ellos pueden ofrecer.

En definitiva, la escuela promotora de salud se abre a la comunidad, se integra a sus procesos y utiliza los recursos que aquella pueda ofrecerle asociándola a sus programas.

Las Redes latinoamericana y del caribe de Escuelas Promotoras de Salud

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

tiene como finalidad facilitar a la comunidad educativa, la adopción de formas de vida saludables en un ambiente favorable a la salud, conviniendo que una escuela promotora de salud es aquella que responde a los siguientes objetivos:

- Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones a la vez realistas y atractivas, en materia de salud.
- Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.
- Ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tengan en cuenta: las condiciones del edificio escolar, de los espacios deportivos y de recreo, los comedores escolares, los aspectos de seguridad de los accesos, etc.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.
- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico, y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo en todo el alumnado.
- Favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno.
- Integrar la EpS en el Proyecto Curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.
- Proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal y para que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Identificar y utilizar los recursos existentes en la colectividad para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud.
- Ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

Dichos objetivos responden a una concepción precisa de la función educativa, que remite a que la institución escolar tiene que apoyar a sus alumnos para que, partiendo de una opinión formada y crítica, puedan tomar sus propias decisiones de manera consciente y responsable, a la vez que adquieren los recursos conceptuales, de procedimiento y las habilidades que les permitan actuar con autonomía en la resolución de los problemas que les afectan en el campo de la salud.

Por tanto, la adquisición de habilidades, autodeterminación y acción orientada a la comunidad son conceptos comunes a la promoción de la salud y a la educación cuando son interpretados como un sostén para ser socialmente crítico, reflexivo y cuestionador en el marco de una cultura educativa transformadora. Tal orientación anima a muchos actores, en una escuela inserta en su comunidad, a compartir sus puntos de vista y sus experiencias y a jugar su papel en el desarrollo del conocimiento sobre su realidad y sobre cómo modificarla en la dirección de aumentar su calidad de vida. De este modo, el desarrollo del concepto *Escuela promotora de salud* se ha convertido en un principio fundamental en la orientación de los movimientos de Educación para la Salud (Williams y Young, 1993).

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

**2.8. La educación para la salud en sistema educativo superior en
Nicaragua**

Los problemas de salud descrita anteriormente, son temáticas que deben de ser abordada en el currículo educativo en sus diferentes etapas de formación.

La Educación para la Salud entendida como parte de la Promoción de la Salud, es un segmento importante de la educación en general y un medio de promover la salud. Es por eso que el sistema educativo se va consolidando como uno de los lugares más adecuados para aplicar programas de Educación para la Salud junto al ámbito comunitario (Pedrero García, 2012).

Por lo que podemos decir que la educación para la salud es un proceso de información y de responsabilidad del individuo para que se construya los conocimientos y desarrolle actitudes y los hábitos básicos que le permitan, intervenir, defenderse y promocionar la salud individual y colectiva.

La EpS juega un papel transcendental, en la formación de los nuevos profesionales, pero continúa siendo un tema de debate, Las Instituciones están buscando mejorar su pertinencia social, la preocupación por la pertinencia tiene ya su espacio en la educación superior nicaragüense y también en el actual discurso universitario. Dicha preocupación es compartida por todos los actores sociales interesados en la educación superior: gobierno, empresa privada y sociedad en general. En el mismo sector estudiantil se ha instalado, como una justa preocupación, ante el temor de los jóvenes de recibir una educación que no les prepare adecuadamente para los nuevos retos del inundo laboral y social. (Tünnermann, 2004).

Es verdad que la EpS puede considerarse, en primer lugar, como un cuerpo de conocimientos híbrido (¿qué disciplina científica no lo es?) y en fase de consolidación y, en segundo lugar, como un modo de enfocar y contribuir a

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

la salud que, de acuerdo con sus presupuestos preventivos y promocionales, se enfrenta a una concepción consolidada de la salud basada en la atención a la enfermedad y en la confianza en la reparación de sus efectos. Una concepción que, más allá de su apreciación filosófica de la salud, comprende para García Martínez et al (1998, p 5):

Una amplia trama de intereses profesionales (médicos y ATS, paramédicos,...), industriales (industrias farmacéuticas), formativos (facultades universitarias, administraciones, etc.) y de investigación que no parecer estar muy interesada en que el “negocio” de la salud se pierda o deteriore bajo los efectos de una toma a su cargo del establecimiento de mejores condiciones de salud y vida, por parte de las personas individuales y de los grupos sociales.

El tímido y sólo reciente reconocimiento universitario de la disciplina de EpS es solo para la formación del profesional de la salud. Sea como fuere, la mayor parte de las teorías que convergen en la EpS apuntan a una acción educativa para la salud que debe integrarse en los diferentes niveles de la sociedad. Así, la EpS consideramos que debe ser enseñada en la escuela y adquirir una dimensión universitaria que permita el progreso del conocimiento y, simultáneamente, ser asumida por todos los agentes sociales que intervienen en el campo de la salud. En particular, el imperativo de su articulación educativa en las escuelas, ya sea como disciplina ya como eje transversal, supone que la función de los docentes incluya la Educación para la Salud como un eje importante de su formación.

Como lo plantea García Martínez et al (2000), que desde sus inicios la EpS ha aparecido como una disciplina joven, dinámica y con una fuerte incidencia social. Sin embargo, la EpS en contraste con otras disciplinas, no aparece completamente incardinada en los modos de actuar de las sociedades avanzadas.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Por otro lado, La ausencia de reconocimiento universitario y su tardía implantación curricular ha tenido bastante que ver con su subdesarrollo en materia de investigación. Del mismo modo, la anarquía metodológica del sector y las dificultades estructurales que conlleva su evaluación han alimentado el difícil respecto de la pertinencia y a la legitimidad de la Educación para la Salud. Lo que, a su vez, explicaría parcialmente no sólo su debilidad sino también los escasos recursos que se han destinado a un sector de la salud que, a pesar de sus carencias actuales, aparece como estratégico en la consecución del bienestar social e individual

Para Sarlet, García y Belando (1996, pp 99-100), afirma que informar para formar en hábitos de comportamientos sanos, es el reto de una Educación para la Salud, eje que atraviesa la educación para todo y todas y al hombre mismo desde:

...la Eugenesia a los cada día más desarrollados cuidados paliativos. Entremedias de la procreación y la muerte, el nacimiento, la crianza, la nutrición, el consumo, las adicciones, el ocio o tiempo libre, el descanso y sueño, el trabajo y la higiene, la economía, los conflictos y la guerra, la sexualidad y el amor, y otros quehaceres, hacen de la Educación para la salud una manera de vivir, una cosmovisión o humanismo cada día más dibujado en torno a la Salud.

Es un tema que nos preocupa porque entendemos que si no se ha plantado la semilla del valor como conocimiento, procedimientos y actitudes es difícilmente comprensible que vaya a ser un tema que preocupe o que tengan presente esos docentes. Y por ello, nos planteamos investigar el estado de la Educación para la Salud en los planes de estudio del ámbito de la educación superior.

El grupo escocés de Educación para la Salud (EpS) de OMS citado por Perea Quesada (2004) refieren que:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

... la integración curricular de la EpS debe responder a los problemas de salud que están planteado en el mundo actual como consecuencia de los cambio sociales y del acelerado desarrollo tecnológico, pues aunque existen respuestas educativas con relación a problemas concretos como abuso de drogas, tabaquismo y sida[sic], debe haber programas coherentes para evitar el riesgo de que, al ser tratado estos temas de forma aislada, la salud se considere desde la perspectiva negativa y solamente en términos de problemas(p 126)

La temática de educación para la salud, debe ser abordada de una forma integral y no supeditarse a sectores particulares, no obstante, esto no comporta la necesidad de procurar su dimensionamiento en distintos subsistemas, en diferentes estamentos y particularmente en la pluralidad de realidades, como es el caso del posicionamiento de la educación para la salud, en las universidades, que conlleve a darle un valor agregado al perfil de formación del estudiantado.

La Universidad juega un papel preponderante como institución educativa en la formación de los jóvenes y es quien proporciona un saber que sirve directa o indirectamente para resolver los problemas cotidianos y que ofrece al joven una imagen de la realidad; desarrolla intereses y actitudes valorativas que le ayudan a ordenar y ajustar sus comportamientos (Aebli, 1995). Lo cual conlleva a educar al futuro profesional de forma integral para que sean promotores de cambio entre sus iguales.

La educación para la salud, es un trabajo multidisciplinario y fundamental en la actualidad para las universidades, puesto que éstas no sólo requieren formar profesionales con conocimientos que se circunscriban en un área específica, sino que además sean ejemplo de prácticas saludables que mejoren la calidad de vida personal y de las personas de su entorno.

Debe comprenderse la salud como un proceso integral “**psicosocial**” En

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

el que el ambiente físico y social tiene mucha importancia para la conservación o deterioro de la salud, según sea éste, sano o tóxico.

El medio ambiente físico y social en el que vivimos es igual de importante. Por lo ante expuesto nos atrevemos a decir que los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento. *Es decisivo que la educación para la salud tome en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de la gente*". (UNESCO, 1997)

De acuerdo con el planteamiento anterior la educación para la salud necesita capacitar al alumnado para que entienda estos factores. Desde este punto de vista, la educación para la salud es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico de desarrollo humano y debe de estar orientada a la consecución y promoción de la salud.

El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; esto se ha de llevar a cabo a través de las acciones intersectoriales.

En las universidades nicaragüenses no se encuentra plasmado la educación para la salud ni como asignatura obligatoria y optativa, aunque en las carreras de ciencia médica se encuentran algunas temáticas. El currículo de la UNAN Managua encontramos una asignatura "Seminario de Formación Integral", integran: Derechos humanos, seguridad alimentaria, medio ambiente y igualdad de género.

2.9. La educación para la salud en el currículum educativo

Todos los agentes educativos sabemos que educar es algo más que

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

informar, que la educación implica no sólo que el educando adquiera conocimientos nuevos, sino que consiste, además, en modificar sus actitudes y valores, y sobre todo, cambiar sus conductas. Eso no impide que, en la práctica, se siga confundiendo información con Educación para la Salud, es decir, con un simple trasvase de conocimientos del cerebro de los técnicos al de los mortales comunes (García Martínez, 1998).

Más allá de esto, hay un problema en el que hecho de que muchos de los que desean educar para la salud no se den cuenta de que educar consiste en poner en marcha un proceso complicado que requiere conocimientos y habilidades especiales.

Educar a alguien es fácil y difícil a la vez, porque la gente aprende de todas maneras, a pesar de todo, pero no siempre lo que uno quiere que aprenda. Por otra parte, hay lugar a preguntarse con qué derecho podemos pretender que los demás sean o se comporten como uno quiere. Existen límites poco claros entre el terreno en el que pueden caber imposiciones sociales de conductas, inspiradas en el saber científico y orientadas hacia el bien común y un indispensable territorio de decisiones personales dejadas al libre arbitrio de cada cual. Porque el saber científico cambia, porque la moral cambia, porque cambia con la cultura la importancia que tiene el individuo a lo largo de su vida en el seno de cada comunidad.

Pedrero García, (2012, p 139) opina que quizás sea bueno aceptar que la libertad humana no existe, al menos desde un punto de vista estrictamente material, *“puesto que estamos determinados biológicamente por leyes que regulan toda la biosfera”*. Claro que existen otro tipo de determinismos: sociales, culturales, económicos, políticos, etc., los cuales no son fáciles de erradicar y coartan la existencia de cada persona. Pero, en todo caso, cada individuo debe conocerlos, identificarlos, comprender sus mecanismos de acción y sus orígenes.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Muchos de los problemas de salud resultan de nuestra ignorancia de la biología y sus leyes. Otros, de la falta de comprensión de los mecanismos a través de los cuales la sociedad nos aplasta y nos aliena. En otras palabras, la educación para la salud no debería ser normativa: “Haz esto, no hagas aquello”.

Tampoco debería culpabilizar al educando: “Ahí está el peligro; si caes, es tu culpa”. De ello se desprende que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios. Lo que implica que uno de los objetivos de la acción socioeducativa, tanto en el campo de la salud como en otros terrenos, es precisamente el de capacitar a la población destinataria para hacer frente a la resolución de sus problemas mediante la utilización de todos los recursos a su alcance para lograrlo.

La educación para la Salud en la escuela debería ser un trabajo emprendido en común por profesoras y educadores, estudiantes, padres y tutores de familia, técnicos/as de la salud y comunidad, destinado a asegurar la supervivencia de todos y cada uno y a mejorar la calidad de la existencia. Debería ayudar a cada individuo a desenvolverse con éxito en la intrincada red de relaciones que está obligada a establecer entre los medios: físico, biológico y psico-social.

La educación para la Salud en todo caso, creemos que debería ser liberadora en el sentido de crear conciencia de la realidad en que se vive, de sus riesgos, imposiciones y límites, así como de los recursos, las ventajas y las posibilidades; la educación para la salud debería ser pragmática y hacer del saber científico una herramienta que permita a cada uno vivir mejor. *“Pero, sobre todo, la educación para la Salud debería contribuir a desarrollar el amor y el respeto por la vida en todas sus formas, la solidaridad humana y la confianza en sí mismo”* (Pedrero García, 2012, p 113).

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Asistimos, pues, en el campo de la Educación para la Salud a la emergencia de nuevas modalidades de intervención que tienen a considerar al sujeto en su globalidad. Si la acción preventiva tendía, bajo el influjo de una orientación fundamentalmente individualista, a mejorar la forma de asumir riesgos particulares (tabaco, alcohol, drogas, Sida,...), difundiendo información y llamadas a la responsabilidad, hoy se empieza a tomar una prudencial distancia respecto de ese modelo, entre otras cosas porque ha sobreestimado la dimensión racional de los sujetos destinatarios y la relación causal existente entre las informaciones racionales y la adopción de los comportamientos esperados.

Consecuentemente, en lugar de focalizar sobre un riesgo en concreto y la forma de protegerse de él, la nueva perspectiva se propone contribuir educativamente a dotar a los individuos y grupos sociales de los recursos personales y comunitarios que son necesarios para afrontar tales situaciones a través, fundamentalmente, de la inserción en la comunidad a la que pertenecen.

De este modo, la información cuenta menos que la posibilidad de disponer de lugares de intercambio o de dispositivos que permitan mantener o reconstruir los lazos sociales para acrecentar el dominio de las personas sobre su propia existencia y sus capacidades de gestión de los problemas a los que tienen que enfrentarse. Ello supone que las “prácticas de riesgo” han de pasar a un segundo plano, y que deben valorarse las capacidades individuales de reacción ante los problemas, esto es, la actualización de los recursos intelectuales, morales y afectivos que contribuyen a un desarrollo autónomo que les faculte para enfrentarse a sus realidades vitales individuales y colectivas. (García y Sánchez, 2005)

De esta forma, La Educación para la Salud puede figurar en el currículum escolar de muchas maneras. En ciertas escuelas, pueda aparecer como un momento inscrito de forma regular en el empleo del tiempo, aunque puede ser enseñada como parte integrante de otras materias o a través de

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

temas de salud. En otros casos, la EpS puede ser incluida en los programas sobre actitudes y valores o, desde luego, aparecer como una combinación de estas posibilidades (García Martínez, 1998).

Pero, quizás más importante que el modo de ponerla en marcha sea el hecho de que la EpS ha de ser planificada y coordinada a través de todo el programa para ajustarla a las etapas de desarrollo de niños y niñas y de adolescentes y jóvenes. Por otra parte, la elección de los métodos pedagógicos y del material apropiado es muy importante: los métodos de aprendizaje activo incitan a los estudiantes a comprometerse con el proceso de aprendizaje, y los métodos de experimentación propia permiten a los estudiantes este aprendizaje en su experiencia vital. En todo caso, los métodos seleccionados deben abordar los valores, actitudes y competencias tanto como los conocimientos, especialmente porque lo que se pretende es el desarrollo de competencias del alumnado para actuar en la vida de un modo saludable.

Aunque algunos docentes, a causa de la disciplina que enseñan o de su interés personal, pueden considerar que la EpS les afecte más que a los demás, es el equipo educativo en su totalidad quien debe implicarse en la elaboración de un medio favorable para el desarrollo de la EpS. Las orientaciones de la escuela en materia de nutrición, sexualidades, adicciones o bullying permitirán que las prácticas internas de la escuela refuercen los aprendizajes del aula por medio de una experiencia concreta y directa.

Dicho de otro modo, el entorno material creado en la escuela tendrá un impacto inmediato sobre la salud y la seguridad de los que estudian y trabajan en ella. Por supuesto, la calidad de las relaciones dentro del equipo educativo, entre el equipo educativo y los estudiantes y de éstos entre sí contribuirá al proyecto escolar: El Ministerio de Educación (MINED, 2011) como órgano rector y dinámico, es responsable de formular políticas, normar y desarrollar estrategias que contribuyan a prevenir problemas de salud y nutrición de la niñez y la adolescencia, en marcados en mejorar los estilos de vida de la población

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En cambio, en otro contexto europeo, específicamente España, como uno de los referentes en la integración de la EpS en el currículo educativos, construyo un proyecto que tiene en cuenta Por ello, en los siguientes elementos, de acuerdo con la propuesta formulada por la Diputación General de Aragón (1991:79-88):

a) *Adecuación a los objetivos generales:* para lo que es necesario partir de las características socioculturales y de salud de la población escolar y del entorno (PEC) cara a establecer las prioridades para el desarrollo de la EpS en los distintos ciclos y etapas.

b) *Análisis, secuencialización y organización de los contenidos:* dada la amplitud de los posibles contenidos, el proceso de selección deberá entenderse como el resultado de su adecuación a las necesidades detectadas a corto, medio y largo plazo y a las características psicopedagógicas de los alumnos, a las áreas de conocimiento o ámbitos de experiencia en los que habrán de tratarse y a los conocimientos previos del alumnado. Algunos autores plantean, no prescriptivamente, que cada uno de los sistemas básicos de organización de los contenidos curriculares (globalización, interdisciplinariedad y disciplinariedad) se corresponderían contextualmente con cada uno de los ciclos formativos de la manera más adecuada:

1. La *globalización*, que pretende lograr una mayor relación de los estudiantes y lo que aprenden con sus contextos de referencia en orden a una mejor conceptualización científica y a una mejor capacidad de relación entre los contenidos enseñado, sería la más adecuada a preescolar, ciclo inicial y medio.

2. La *interdisciplinariedad*, que implica una aproximación de las disciplinas en función de los contenidos trabajados, aparece

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

como idónea para el ciclo superior.

3. La *disciplinarietà*, entendida como el predominio de un área de conocimiento con escasa relación con otras, sería más apropiada para la enseñanza media.

c) **Objetivos terminales de ciclo:** determinan el tipo y grado de aprendizaje que habrá de llevar a cabo el alumnado, lo que, a su vez, permite la diversificación de los aprendizajes en función del tipo de alumnado y sus respectivas diferencias.

d) **Criterios metodológicos:** subraya la importancia de los acuerdos interdisciplinarios en torno a las opciones metodológicas consideradas necesarias para el tratamiento de la EpS, sin que ello suponga una imposición metodológica precisa, lo que sería contradictorio con las diversidades de aprendizaje. Para ello se deberá partir del nivel de desarrollo del estudiante para construir aprendizajes significativos y con la participación activa de los mismos, teniendo en cuenta la validez de todo aquello que facilite el aprendizaje, la coherencia entre las opciones y las actuaciones y la continuidad metodológica precisa para garantizar la adquisición de capacidades. El objetivo es que los estudiantes aprendan a aprender.

e) **Criterios de organización espacio-temporal:** garantizan la acción coordinada entre los distintos ciclos formativos y permiten la coherencia de la acción educativa para la salud. La organización espacial responderá a las características del alumnado y contemplará el aula y el resto de los espacios docentes, mientras que la organización temporal busca crear unas condiciones favorables para el desarrollo de las actividades atendiendo a las necesidades de los estudiantes.

f) **Materiales curriculares y otros recursos didácticos:** Se trata de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

establecer criterios comunes a la elección de los materiales básicos de enseñanza y en su utilización, de forma que la acción educativa del centro sea coherente (libros de consulta, folletos, lecturas, carteles, medios audiovisuales, juegos,...).

- g) *Criterios de evaluación:* permiten, en base a la información recogida, valorar el proceso desarrollado en función de los objetivos establecidos y tomar decisiones que mejoren los procesos de enseñanza.

Por otro lado, la elección de los contenidos a desarrollar, conceptuales, procedimentales o actitudinales deben responder a cuatro factores distintos (Coll, 1986), que también denominamos fuentes, ya que de ellas parten las exigencias de su tratamiento. Son las fuentes sociológica, epistemológica, psicológica y pedagógica que determinan todo currículo (Gimeno Sacristán y Pérez, 1983). También en el currículo de Educación para la Salud se pueden establecer estas cuatro fuentes que pasamos a considerar brevemente:

- *Fuente Sociológica de la Educación para la Salud.* Se basa en las nuevas necesidades sociales y las demandas que hace la sociedad para que ciertos temas se desarrollen en la escuela, por considerarlos necesarios para los ciudadanos del futuro.

- *Fuente Epistemológica de la Educación para la Salud.* Se basa en la estructura interna de la disciplina a desarrollar, los conocimientos científicos, su historia y su estado actual. Establece las relaciones interdisciplinarias pertinentes, diferencia lo fundamental de lo accesorio y presenta una metodología de trabajo. En la EpS es de gran importancia el análisis de la evolución histórica de los diferentes conceptos de *salud*. No es ésta una cuestión anecdótica, puesto que cada concepto ha ido aportando un rasgo diferente y ha marcado el nivel de conocimiento que existe en la sociedad en cada momento, indicando un camino a recorrer

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

para llegar a alcanzar el concepto de salud que poseemos en la actualidad. Esto significa que debemos tener en cuenta el nivel de partida, los preconceptos de salud de nuestros alumnos para, a partir de ahí, iniciar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

- *Fuente Psicológica de la Educación para la Salud.* Se basa en los procesos de desarrollo intelectual, procesual y psicomotor de los alumnos, las regularidades que presentan las diferentes etapas evolutivas, las diferencias individuales existentes, y los mecanismos y procesos de aprendizaje. En EpS cobra especial importancia el desarrollo de actitudes y pautas de comportamiento, que configuran un determinado estilo de vida. La psicología social nos aporta información sobre las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud.

En general, en el contexto de la educación para la salud, se considera que una actitud es “una predisposición mental adquirida y duradera, que incita a comportarse de una forma determinada frente a un determinado tema de salud” (Salleras, 1985). La adopción o modificación de un determinado comportamiento sólo se puede producir si se presentan actitudes positivas hacia el mismo, aunque no siempre el cambio de actitud lleve inequívocamente a una modificación de la conducta, puesto que también los factores externos (familia, compañeros, amigos), el medio ambiente social del individuo, influyen en ésta.

Las actitudes son modificables por el aprendizaje, siempre que este aprendizaje sea significativo e interiorizado, de forma que llegue a cuestionar los valores y creencias. Pero al igual que no existe un único estilo de vida saludable, ya que éste depende del entorno social y cultural en el que nos movemos, tampoco podemos basar la promoción de la salud únicamente en comportamientos individuales, sino que debemos tener un enfoque ecológico, ya que las raíces de los problemas de salud tienen factores políticos, económicos y sociales.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- *Fuente Pedagógica de la Educación para la Salud.* Consiste en la intervención del profesorado en el hecho didáctico, diseñando y llevando a efecto una adecuada secuencia de enseñanza-aprendizaje. Se basa en la experiencia docente y en las investigaciones psicopedagógicas. Las actividades planteadas y la metodología empleada deben estar en función de lo que queremos conseguir. Si pretendemos proporcionar destrezas para la vida, aumentar la autoestima, desarrollar la capacidad de elección, de adaptación, de comunicación, de saber gestionar el tiempo con efectividad, y de ser críticos y constructivos con el ambiente que nos rodea, debemos utilizar recursos, estrategias y metodología adecuados para ello. Las simulaciones, presentación de problemas, investigaciones, juegos, caracterizaciones, debates, etc. son estrategias que, usadas adecuadamente y en el momento oportuno, dan resultados óptimos. En este sentido y como propuesta metodológica, debemos contar con la participación de madres y padres, personal sanitario y demás agentes sociales, así como tener en cuenta los presupuestos enunciados por Modolo (1979) para una acción de educación para la salud.

Está demostrada la dificultad de obtener algún cambio individual si no hay colaboración en instancias comunitarias que faciliten y refuercen la puesta en práctica de una nueva opción del estudiante a la cual ha podido llegar por decisión personal en el trayecto de su aprendizaje escolar. Ante cualquier tema que consideremos de educación para la salud, debemos contestar a las preguntas planteadas desde las distintas fuentes:

- Desde la fuente *sociológica*: ¿Por qué es importante en la sociedad actual? ¿Qué debe conocer todo futuro ciudadano? ¿Cómo debemos intervenir en los problemas que la sociedad tiene planteados?

- Desde la fuente *epistemológica*: ¿Cuáles son los conocimientos científicos actuales acerca del tema? ¿Cuál ha sido su historia y evolución? ¿Qué tendencias existen?

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

¿Cuál es el método de trabajo de los/as investigadores/as?

- Desde la fuente *psicológica*: ¿Cuál es el nivel de madurez intelectual de los estudiantes con los que tratamos? ¿Qué intereses poseen y con qué valores se mueven?

¿Cuáles son sus comportamientos y estilos de vida? ¿A qué razones obedecen?

- Desde la fuente *pedagógica*: ¿De qué manera pueden aprender e interiorizar ciertos conceptos, informaciones y valores? ¿Cómo conseguir desarrollar su capacidad de elección? ¿Cómo convertirlos en ciudadanos/as críticos con ellos/as mismos/as y con lo que le rodea? ¿Qué problemas e investigaciones habría que presentar que lleven al aprendizaje deseado?

Las respuestas a estas preguntas, la reflexión sobre ellas y la elaboración de un esquema como el presentado ofrecen las pautas metodológicas de actuación del profesorado y facilitan la concreción de una programación.

Modolo (1979) señala que toda acción de educación para la *salud* debe reunir los requisitos y consideraciones siguientes:

1. La Educación para la Salud no debe centrarse sólo en el individuo, debe comprender al grupo, ya que los comportamientos individuales tienen en gran medida una influencia grupal, social.

2. Se deben abordar problemas concretos, relevantes y percibidos. No se deben tratar problemas no sentidos, pues carecen de significación, ni tampoco generales, que por ser excesivamente amplios, difuminan una posible actuación. Es importante recoger las vivencias de los individuos.

3. La acción debe ser continua y no puede quedarse en actuaciones

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

puntuales, esporádicas o de «campañas». La formación de actitudes y comportamientos requiere un tiempo superior al necesario para la mera información.

4. Se debe tener en cuenta la competencia de individuos. Cada persona tiene unos comportamientos y actitudes debido a una historia y a una serie de condicionantes que ella misma conoce y valora, por lo que decidirá cambiarlos o no en función de su escala de valores.

5. El profesional de la educación para la salud no debe establecer una relación de autoritarismo, presentando un mensaje de forma dogmática como “la verdad”, sino que debe presentarse como colaborador en la búsqueda de soluciones a problemas de interés para todos.

6. La información suministrada debe ser veraz e íntegra, es decir, no debe ser parcial, falsa o deformada. Reconociendo la dificultad de la neutralidad, se debe buscar anular las tendencias por confrontación de los datos provenientes de diversas fuentes.

7. Se debe procurar la motivación necesaria para que los individuos acepten los mensajes, superando los obstáculos y resistencias culturales y psicológicas hacia determinados problemas, ayudándolos a poner en práctica las soluciones encontradas.

2.9.1. Objetivos generales de la educación para la salud

El objetivo de la educación para la salud, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino en un cambio cualitativo en las actitudes y prácticas que lleve a un cambio real de las conductas. No se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente (Sáez, Marqués y Collel, 1995).

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Los objetivos generales que se plantea la EpS se concretan en la consecución de unos niveles óptimos de salud física, emocional y social en todos los grupos que constituyen el conjunto de la comunidad educativa. Con ello se aspira también a alcanzar la prevención y, a largo plazo, la reducción de las actuales cifras de incidencia de enfermedades, discapacidades y mortalidad evitables que se producen en nuestro entorno y que son atribuibles a comportamientos y situaciones de riesgo que se inician o pueden producirse en las etapas tempranas de la vida de las personas.

Para Gómez Ocaña (2005) formula al menos tres clases de objetivos generales referidos a la EpS: conocer, organizar y evaluar.

A) Conocer todo lo relativo a la Prevención y Promoción de la salud teniendo en cuenta las posibilidades de los estudiantes de las distintas etapas evolutivas.

- a.1. Facilitar la comprensión de los conceptos de salud y enfermedad.
- a.2. Conocer las funciones vitales de nutrición, relación y reproducción.
- a.3. Promover el conocimiento de los problemas de salud y de los factores de riesgos.
- a.4. Dar a conocer los instrumentos y servicios de prevención en sus tres niveles.
- a.5. Ayudar a comprender y aceptar la función del médico y del personal sanitario, sus posibilidades y limitaciones, así como la necesidad de colaborar con ellos.
- a.6. Tomar conciencia de la responsabilidad personal en todos los problemas de salud/enfermedad, tanto desde el punto de vista individual como social.
- a.7. Conocer los servicios de salud de su comunidad.
- a.8. Analizar y valorar los factores contaminantes de su entorno.
- a.9. Analizar y valorar estrategias para evitar o paliar dicha contaminación.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

B) Organizar y poner en práctica acciones para eliminar los factores de riesgo o introducir factores de bienestar físico, psíquico y social.

- b.1. Generar y consolidar hábitos saludables.
- b.2. Eliminar los hábitos no saludables.
- b.3. Consolidar actitudes positivas hacia los problemas de salud
- b.4. Poner en práctica estilos de vida saludables en el marco escolar.
- b.5. Crear un ambiente físico y social saludable en la escuela.
- b.6. Enseñar a utilizar adecuadamente los servicios de salud.
- b.7. Ser capaces de poner en práctica y generar un proceso didáctico, conocimiento/acción/evaluación.

C) EVALUAR: Los objetivos de esta tercera categoría, se consiguen evaluando cada uno de los objetivos de las otras dos categorías.

2.9.2. Ámbitos y áreas de la educación para la salud.

Todo programa de educación que pretenda promocionar la salud deberá basarse en unos principios básicos que serán los primeros que deberemos inculcar al alumnado, como son: el respeto a la vida individual, colectiva y la naturaleza. Hemos de transmitir el concepto de salud como algo unitario ya que el hombre es una unidad bio-psíquico social, que vive y se desarrolla en interacción con su ambiente físico social. Sin embargo, a efectos exclusivamente metodológicos Gómez Ocaña (2005) establece tres grandes áreas en la Educación para la Salud: salud física, salud psíquica y social y por último salud ambiental.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Figura 3 *Ámbito y área de la educación para la salud*



FUENTE: Elaboración propia del investigador.

Salud física

Cuando analizamos algunas definiciones de salud, como las vistas en apartados anteriores, encontramos que en una primera etapa se tendió a entender la salud como ausencia de enfermedad, sin embargo actualmente como ya hemos puesto de manifiesto, sabemos que el concepto de salud va más allá de la mera falta de enfermedad.

Gómez Ocaña (2005) entiende desde una concepción subjetiva la salud como la ausencia de malestar y dolor. Si nos remontamos al clásico Galeno, él entendía la salud como “el bien que posee una persona cuando puede moverse sin dolor dentro del programa elegido”.

Por otra parte, y recordando lo apuntado anteriormente, en el documento que la OMS denominó “Salud para todos en el año 2000”, se observa una cierta preponderancia del aspecto físico de la Salud: añadir años de vida, reducir algunas enfermedades, eliminar otras como el sarampión, rubéola congénita, combatir el cáncer, etc...Teniendo en cuenta que el hombre es un sistema psicobiológico que se desarrolla en un contexto social, y al que hay que contemplar en su totalidad, no podemos atender la enfermedad sólo desde un punto de vista físico; sino también una perspectiva psíquica y social, ya que todos ellos aspectos están íntimamente relacionados.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Implantar en la escuela un programa de “Educación para la Salud” nos parece de enorme importancia. Sabemos que los efectos educativos siempre son a largo plazo, pero si uno de los objetivos prioritarios de la OMS es integrar al joven y al adulto en una vida sana, se debe empezar a trabajar en la escuela y desde la escuela, así como en la familia, desde el inicio de la escolarización. En el ámbito de la salud física pretendemos no sólo informar, sino fomentar un cambio de conducta, que asegure un mayor grado de salud y bienestar, creando unos hábitos adecuados, que conlleven la aparición de actitudes positivas hacia la Salud, colaborando así a la obtención de una mayor calidad de vida.

Según el momento histórico puede adquirir unos valores preponderancia sobre otros, actualmente parece que en el orden de prelación de los valores que constituyen los patrones sociales, el valor “Salud”, va adquiriendo mayor importancia que en el pasado, en el sentido que se hace mayor hincapié en la Promoción y Prevención de la Salud. En el ámbito de la salud física se tratarán los siguientes temas:

- Crecimiento y desarrollo.
- Alimentación y nutrición.
- Higiene.
- Prevención de enfermedades y accidentes.
- Actividad/Fatiga Descanso/ocio.

Todos estos aspectos contribuyen a la promoción de la salud. Debemos recordar que muchas mejoras conseguidas, en cuanto a la salud física se refiere, son debidas sobre todo a mejoras en la calidad de vida de los sujetos, más que a los avances de las ciencias médicas propiamente dichas.

Salud psíquica y social

Para Gómez Ocaña (2005), la salud mental sería el estado de equilibrio

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

psíquico en el que las funciones mentales operan de forma adecuada y producen respuestas coherentes. Así, el término salud mental supone el desarrollo y la actualización de las funciones intelectuales y afectivas del sujeto.

Desde esta perspectiva, la salud mental hace referencia a la existencia en el ser humano de otro tipo de procesos distintos a los puramente biológicos. Ahora bien, en tanto que éstos tienen lugar dentro de un cuerpo concreto, cualquier situación o estado que se produzca en éste afecta, igual que ellos poseen la virtualidad de incidir en el organismo en el que se desarrollan. De esta forma podemos decir que ambos están mutuamente influyéndose en una constante interacción.

En opinión de Ribes (1990), tres son los factores que entraña la salud mental:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
2. Las competencias que define la afectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa e indirectamente afectan al estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto "inicial" con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica

Por ello, entendemos por persona mentalmente sana, aquella que es capaz de satisfacer sus propias necesidades de índole intelectual y emocional, al tiempo que posee la capacidad de percibir la realidad acompañada de los conflictos y diversas situaciones en su propio beneficio.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En suma, los objetivos prioritarios a conseguir por la Educación para la Salud dentro de este ámbito deberían centrarse en conseguir que el sujeto se acepte a sí mismo, adquiriendo progresivamente aquellos recursos personales básicos para la elección de un estilo de vida propio, controlando su entorno y sus relaciones sociales.

En otro sentido, nos parece importante lograr que el sujeto sea capaz de soportar las tensiones provenientes de su medio externo, afrontando los problemas con realismo. Y en última instancia, ser capaz de generar los mecanismos de defensa adecuados que lógicamente le ayudará a establecer y mantener su propio equilibrio bio-psico-social. Ahora bien, hemos de señalar que dicho equilibrio, entre otros aspectos, se encuentra fundamentado en la existencia de unas relaciones personales estables que contribuirán al logro de un autoconcepto y autoestima positivo y, también conducirán a un equilibrio a nivel emocional. Por ello, pensamos que debería revertir en una perfecta adaptación familiar, escolar y en definitiva social. Por el contrario, toda situación que lleve implícitas relaciones insatisfactorias en cualquiera de los ámbitos ya citados y a cualquier nivel intrapersonal y/o interpersonal podrá desembocar en problemas de conducta (inadaptación, delincuencia, neurosis, etc...).

Podemos concluir, afirmando que la salud mental supone una actitud personal y positiva. En un sentido más estricto, hace referencia a la integración armónica de los distintos rasgos de la personalidad del sujeto a modo de actos autónomos conscientes y críticos y, por último, a las propias manifestaciones constructivas que va realizando de su medio externo.

Salud ambiental.

El concepto de salud ambiental supone considerar el conjunto de condiciones de orden físico, químico, biológico y social que de forma directa o indirecta incide en la salud o enfermedad de la población.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Para la OMS la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente, así como cualquier comportamiento relacionado con el entorno social y económico y con la genética. (2016)

Así pues, el hombre está continuamente sometido a una serie de influencias externas que condicionan su estado de salud y superan el ámbito del ecosistema o soporte físico de la vida.

Se entenderá como integrante del medio la totalidad compleja de factores biológicos, climáticos, sociales, culturales, etc... Que actúan sobre un organismo o una comunidad y condicionan su supervivencia. Cada individuo tiene su medio, ya que posee un especial tipo de relaciones familiares y ambientales que son distintas para cada persona y a las cuales dará distinta respuesta.

Según Gómez Ocaña (2005) desde un punto de vista didáctico, suele dividirse el medio en dos partes:

- El medio natural: compuesto por recursos de aire, agua, suelo, flora, fauna y energéticos.
- El medio construido: compuesto por su equipamiento (vivienda, trabajo), su infraestructura (servicios, energía, transporte) y la ordenación de su espacio (uso del suelo).

En la práctica, o intervención educativa, hay que tener presente, el equilibrio existente entre los aspectos físicos y psíquicos del individuo integrado a su vez en su contexto cultural y social. Las tres áreas antes mencionadas

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

tienen un comportamiento sistémico, de manera que la alteración de una de ellas repercute en todas las demás.

En nuestra propuesta, partimos de una concepción de ser humano como sistema abierto, considerándolo así, como ser posible, indeterminado e inconcluso, en continua progresión y evolución.

Es esa concepción de humano la que nos permite pensar en la posibilidad de intervenir sobre él con el objeto de crearle unas actitudes, que le permitan vivir y desarrollarse con plenitud hacia una vida sana, asistiendo a un desarrollo integral del ser humano estableciendo una conjunción dialéctica entre realidad biológica, psicológica y social.

La construcción del sujeto se realiza en una integración constante entre los factores neurológicos de la maduración y los elementos sociales de relación (Wallon, 1990). Siendo coherentes con lo anteriormente expuesto, al referirnos a la salud, lo hacemos desde una concepción holística del término donde confluyen las acepciones de salud física, psíquica y socio ambiental.

La salud hace referencia, según Rochon (1991) al bienestar físico, mental y social del sujeto. Así, se percibe la idea de globalidad, ya que el hombre es una unidad biopsíquica que vive en interacción con el medio cuya parcelación no puede ser sino limitativa y reduccionista.

2.9.3. La metodología de la educación para la salud

De acuerdo con el planteamiento de Bochenski (1976, citado por Pedrero García, 2012), la metodología es la forma y manera de proceder en cualquier dominio, es decir, de plantear una actividad y ordenarla para conseguir un fin. Es, por tanto, una vía de acceso hacia la consecución de determinados objetivos, existiendo una intrínseca relación entre el método y el fin, entre los objetivos y el

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

procedimiento para alcanzarlos.

Por ello, y siguiendo a Gómez Ocaña (2005), la metodología utilizada en Educación para la Salud supondrá:

- Coordinar e integrar las intervenciones y recursos de todas las agencias educativas/formativas.
- Identificar el propio objetivo dentro de un objetivo común: “la promoción de la persona” favoreciendo su pleno desarrollo.

En todo caso, la oferta metodológica ha de apoyarse, necesariamente, en unos objetivos de aprendizaje, unos contenidos que desarrollen esos objetivos, unas estrategias de trabajo (tanto del profesorado como de los estudiantes) y en una evaluación de las tareas realizadas por todos los implicados en el proceso.

Por otra parte, el enfoque de la enseñanza de la Educación para la Salud deberá considerar tanto los elementos externos al hecho educativo, de carácter estructural y cultural, como las características del aula en cuanto a unidad especial que posibilita la relación educativa. La articulación de estas dos perspectivas nos aproxima al conocimiento de la Educación como sistema formal, fruto de un conjunto de aspectos de orden cultural y organizacional.

2.9.4. La integración de los temas transversales en el centro educativo

La transversalidad es una herramienta de trabajo valiosísima y que constituyó uno de los aspectos más innovadores de la reforma educativa de 1990. Incluir las temáticas transversales supuso una llamada de atención sobre la necesidad de convertir la acción educativa en una acción globalmente humanizadora, una acción que hace posible el perfeccionamiento integral del sujeto.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Según González Lucini (1993) a medida que vas aproximando los llamados temas transversales a los procesos de enseñanza aprendizaje propuestos en cada una de las etapas educativas y de las áreas, se reafirma en que el planteamiento que comúnmente se hace de la transversalidad, se está incurriendo en dos errores o enfoques importantes.

En primer lugar, hay que recalcar de manera rotunda que el concepto de transversalidad en ningún caso responde a unas enseñanzas o contenidos que surgen separados o en paralelo a las áreas curriculares y por lo tanto distantes de ellas.

En segundo lugar, desde una perspectiva holística de la educación, donde se defiende una visión integradora de los aprendizajes escolares; los aprendizajes forman un todo radicalmente inseparable, los temas transversales no se pueden concebir sino formando parte de las áreas, por lo que los procesos de enseñanza aprendizaje por cada una de las áreas serán siempre incompletas si no se desarrollan en el contexto de los temas transversales.

La transversalidad, por tanto, hay que entenderla como el espíritu, el clima y el dinamismo humanizador que ha de caracterizar a la acción educativa, porque lo importante de la transversalidad es la ayuda que supone para la formación integral de los alumnos (González Lucini, 1993).

Las claves del diseño y de la programación de la transversalidad, dentro del currículum escolar, no se hallan tanto en cómo introducir ciertos temas en las áreas, sino en profundizar y en hacer operativo el modo en que esas áreas pueden contribuir dinámicamente al desarrollo del humanismo, es decir, en concretar cómo se puede apoyar y fomentar, desde todas las áreas, la creación por parte de los estudiantes, de unos proyectos personales de vida dignos, que en ningún caso podrán ni deberán estar descontextualizados.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

La educación para la salud en la escuela, por tanto, debe tener como finalidad inculcar conocimientos, hábitos y actitudes saludables, que favorezcan el crecimiento y desarrollo, el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, en definitiva que los predisponga a la calidad de vida (Serrano González, 1997).

En el modelo educativo y Misión y visión de la UNAN- Managua estableció, entre otros principios, una educación integral en conocimientos destrezas y valores morales del alumnado en todos los ámbitos de la vida personal, familiar, social y profesional. Los valores morales que han inspirado el modelo de estado social y democrático de derecho que establece nuestra Constitución Política, han ido emergiendo a lo largo de la historia: la libertad, la igualdad y la solidaridad. Este último, inspira una serie de derechos que se han ido plasmando en sucesivas declaraciones de la ONU y el derecho a vivir en un mundo saludable, el derecho a la calidad de vida, a la paz, a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, el respeto a la propia cultura, a disfrutar de una naturaleza conservada y sostenible, a la seguridad vial, a la información y a la protección de los consumidores/as.

Los temas o ejes transversales son contenidos educativos valiosos que recogen los derechos antes enunciados y que responden a un proyecto válido de sociedad y educación y que por consiguiente están plenamente justificados dentro del marco social en el que ha de desarrollarse toda la educación. Considerar, por consiguiente, desde la óptica de la educación en valores, aspectos de especial relevancia para el desarrollo de la sociedad en relación con la igualdad, la paz, el medio ambiente, la salud, el consumo, etc.

La presencia de los temas transversales en un sistema educativo, es un indicador de la concepción pedagógica que los orienta: estamos en principio ante un sistema que opta por educar frente a enseñar simplemente. La educación es una implicación más amplia y rica que la enseñanza, además de que la comprende. Así, mientras que por enseñanza entendemos una actividad

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

destinada a suministrar conceptos y procedimientos, la educación supone una actividad más compleja que atiende además a los valores y las actitudes.

Pedrero expone que los temas transversales incluyen problemas de importancia social, que el alumnado conoce y que forman parte de su vida diaria y que por consiguiente requieren un tratamiento y una respuesta educativa. De modo que no es de recibo considerarlos como:

- Compartimentos estancos de saber.
- Asignaturas añadidas al currículum, sin intersección apreciable con otras asignaturas.
- Responsabilidad de unos pocos.
- Elementos prescindibles en un proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Temas sobre valores éticos-teóricos, sin reflejo en la vida real.

Algunas de las características pedagógicas de los temas transversales son éstas:

Tabla 3 Características pedagógicas

Sus contenidos se incluirán con los de las áreas curriculares y con las de otras transversales.	Los contenidos que tratan tienen que ver con valores, actitudes y normas, pero también abarcan contenidos conceptuales (saber) y procedimientos (saber hacer).
Son abiertos y flexibles	Constituyen una responsabilidad de toda la comunidad educativa.

Fuente. Elaboración propia del investigador.

De acuerdo con sus contenidos conceptuales esenciales podemos clasificarlos dentro de los siguientes ámbitos:

Salud- medio ambiente- sociedad

Estos ámbitos mantienen interrelaciones, que son obvias si consideramos los diferentes temas transversales. Que deben retomarse en el currículum

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

educativo superior.

Igualmente afectará al conjunto de los contenidos curriculares, tanto en su acepción y división entre conceptuales, procesuales y actitudinales, como de temas de salud entre los que suele destacarse: la alimentación y nutrición, la educación sexual, la educación para evitar dependencias, la actividad física, la prevención de accidentes y la educación vial.

Tabla 4 *Temáticas transversales*

Educación para la salud	Educación sexual
Educación para el consumo	<i>Educación vial</i>
<i>Educación medio ambiental</i>	Educación para la paz
Educación para el consumidor	<i>Educación moral y cívica</i>
Educación para la igualdad de oportunidades de ambos sexos	

Fuente: Gómez Ocaña (2005).

Estas pretensiones pasan, a nuestro entender, por la implicación plena de la institución escolar a la hora de introducir en su seno la EpS y la participación en salud, ya que sólo sería posible conseguir mayores cuotas de bienestar y salud desde el compromiso activo de las personas, individual y colectivamente consideradas. Ello requiere para García, Sáez y Escarbajal (2000) de un proceso educativo que tome como modelo orientador el enfoque sociocrítico, que propugna una educación contextualizada y, dada su pretensión de emancipación y bienestar de las personas, proceso de un modo colaborativo.

En efecto, la postura de estos autores apunta hacia una EpS en la escuela que se sustenta en un concepto de salud relacionado con el bienestar colectivo, más que con la enfermedad, y con la concurrencia de la participación de las personas para hacer posible un estado dinámico de salud en la comunidad.

Consecuentemente, también se parte de una comprensión de la EpS incardinada dentro de la concepción integral de la educación, que se orienta a conseguir que las personas puedan participar activa y responsablemente en la

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

conquista de aquellas condiciones que favorecen la salud escolar sino también en la cooperación de otras agencias socializadores, especialmente en las instancias de poder, que si bien potencian la EpS a través del sistema educativo con unas orientaciones coincidentes, en términos generales, con la propuesta promocional de la salud, presenta profundas incoherencias en cuanto a la continuidad sociocultural de los planteamientos ecológicos de la Educación para la Salud.

La EpS por tanto, debe aspirar a desbordar las aulas escolares para convertirse en un proyecto educativo social que, para ser operativo debe tener como referencia inexcusable el plano comunitario de actuación y de promoción de la salud.

De este modo, la EpS se sitúa según García, Sáez y Escarbajal (2000, p 126) *“en el contexto de una Educación social al servicio del desarrollo de la comunidad, en la que el proyecto educativo se reconoce a sí mismo como una acción procesual intersubjetiva que opera como factor de cambio social”*.

2.10. La educación para la salud: prevención del consumo de drogas y su vinculación con los temas transversales.

En el panorama socioeducativo actual nos encontramos con que educar para la prevención de consumo de drogas no es una tarea sencilla. Y sin embargo, consideramos que es ineludible su tratamiento para conseguir que los seres humanos puedan hacer frente mundo donde tienen que convivir con la droga y poder tener mejores condiciones personales, psicológicas y sociales. Porque como afirman Sánchez y García (2008, p 119) *“La prevención en el campo de las drogas no es otra cosa que dotar a los chicos de recursos y capacidades para decidir, capacitarlos para convivir con la presencia de las drogas”*.

En nuestro país, no se han realizado investigaciones en el ámbito

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

educativo principalmente relacionando las drogas y la educación para la salud la integración en el currículo universitario como (esta tesis no deja de ser una contribución a ello), que van allanando el camino para avanzar en la creación de bases que profundicen en la calidad de vida/calidad del sistema educativo superior, partiendo de la misma opción de promocionar la salud desde los presupuesto de la Educación para la Salud (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

Pero las resistencias con las que nos encontramos desde la escuela y el sistema educativo en general sólo se explican porque ella forma parte de nuestra sociedad, una sociedad que se ampara en esa cultura de fantasía que reniega, inútilmente, de las drogas. Por lo que abogamos por elaborar una pedagogía la prevención de las drogas, que forme a los profesionales con capacidades para saber convivir con las drogas. En estudios realizados publicado por DEVIDA (2013, p 99), se pudo conocer que el alumnado

....manifiestan una disposición favorable al consumo de drogas; asimismo, informa que un sector de la población escolar ya reconoce necesitar de tratamiento para superar el consumo. Estos datos dan cuenta de la necesidad de otorgar a la comunidad educativa, herramientas que permitan fortalecer las estrategias de prevención del consumo de drogas y orientar sobre la detección y derivación de aquellos estudiantes que pudieran encontrarse en riesgo o consumo.

Consideramos que educar para prevención no sería otra cosa que educar para la finitud. Ya que debemos encontrar sentido al prevenir el consumo de drogas para presente y el futuro, y sobre todo lograr que el alumnado tenga una visión clara y cimentada para los problemas sociales.

Para hablase de prevención de drogodependencia pasaremos a definirse como *“un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”*

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

(Martín, 1995; en Becoña, 2004, p 66).

Existen diferentes objetivos que tiene la Educación para la prevención para la drogodependencia, que han determinado diferentes investigadores como (Ammerman et. al., 1999; Martín, 1995; Paglia y Pandina, 1999; Plan Nacional sobre Drogas, 2000; Becoña, 2004).

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.

Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.

Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.

Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Los objetivos están enmarcando no solo a la persona consumidora, sino también en lo que no consume, para que estos objetivos tienen que ser realista y utópico, Para Becoña refiere que objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir. Efectivamente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

variables (Ammerman et al., 1999; en Becoña, 2004).

Esto podemos hoy hacerlo porque conocemos relativamente bien varios de ellos. Además, en los últimos años se ha ampliado el campo de intervención del nivel individual, habitualmente aplicado en la escuela, al nivel de la familia y el de toda la comunidad, junto a otros lugares (ej., lugar de trabajo), donde juega un importante papel de la educación para la salud, como temas transversales en el currículo de la educación formal, ya que esta fomenta la mejora de calidad de vida, cambia de estilo de vida y el bienestar del individuo, la familia y comunidad

Por otro lado, nos encontramos con una clara vinculación entre Educación para la Salud y Educación para prevención para la drogodependencia (EpPD). En primer lugar, no podemos olvidar la relación existente entre la EpS y EpPD, ya que en ambas se trabaja en la prevención y promoción del bienestar, la calidad de vida y estilo de vida saludable, etc., no como una dicotomía sino como un continuo en el que encontramos conceptos como, calidad de vida, gozo o placer de vivir, pero también enfermedad, dependencia. Si entendemos la salud, como ya hemos expuesto repetidamente, no sólo como ausencia de enfermedad, ésta ha de ser una forma de estar en la mejor calidad de vida posible, física, mental y social, para vivir plenamente, el bienestar y la seguridad.

Y educar para la salud debería ser, hacer responsable al alumno y asumir la salud de cada uno de una forma cada vez más autónoma, gozosa y solidaria posible. Como educadoras y maestros, promotores de un concepto tan amplio de salud que incluye prevención y promoción de salud, poco podemos hacer con factores biológicos, genéticos o sanitarios, salvo contar con ellos como requisitos de la culminación educativa, desde la consideración de lo genético y lo psicosomático. Pero debemos preocuparnos por entender, decidir, programar, evaluar, cómo trabajar... para que en nuestra escuela y por extensión en nuestra sociedad, se valore y busque un estilo de vida y un entorno saludable.

2.10.1. Transversalidad en currículum de la UNAN- Managua.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En la búsqueda de la mejora de la calidad educativa, y el fortalecimiento del currículo educativo, la UNAN-Managua, ha venido integrando nuevos ejes en su programa educativo. En el 2013 integra la asignatura de Seminario de “Formación Integral”, el contribuye al cumplimiento de la Misión de la Universidad de: “Formar profesionales y técnicos con una actitud humanística y una concepción científica del mundo” (UNAN-Mag, 2013:3).

El Seminario de Formación Integral (SFI), su objetivo principal es fortalecer y desarrollar en el alumnado los conocimientos, actitudes y prácticas que estimulen una ética de vida y contribuyan al desarrollo sostenible de país. Teniendo en cuenta el equilibrio ecológico, el respeto a la diversidad étnica cultural y nacional, cambios de patrones de consumo y participación comunitaria.

- Las temáticas abordadas el SFI, son:
- Derechos Humanos, Historia, Fundamentación.
- Género.
- Desarrollo Humano Sostenible.
- Soberanía y Seguridad Alimentaria Nutricional.

Los temas que se fundamentación en el plan de estudios de SFI, son en base al Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH), adoptado en la asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2000, pp 1-3) y a los objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), en una constante búsqueda de la formación integral del alumnado.

Los principales ODM retomados fueron:

Objetivo 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer

Meta Eliminar las desigualdades entre los sexos en todos los niveles de la educación, preferiblemente antes de fines de 2015. La pobreza tiene causas y efectos diferenciados sobre hombres y mujeres, debido a que ambos tienen

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

diferentes posiciones en la sociedad. Las mujeres desempeñan un rol clave para la disminución de la pobreza en la medida que obtienen ingresos por su trabajo remunerado y sustentan la...

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día al año 2015. A pesar de su gran potencial productivo, Nicaragua se clasifica como el segundo país más pobre en América Latina. En Nicaragua casi la mitad de la población vive en situación de pobreza. 2.4 millones de personas, de las cuales 1.7 millones viven en zonas rurales del...

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del Medio Ambiente

Meta Reducir la brecha del porcentaje de personas sin acceso a una fuente de agua potable y servicios básicos de saneamiento. Nicaragua necesita acelerar los esfuerzos para reducir a la mitad al número de personas sin acceso a una fuente sostenible de agua potable para el 2015. El país se ha caracterizado por ser un país privilegiado en su flora, fauna y suelos altamente productivos, gracias a la influencia...

Las temáticas abordadas el SFI, vienen hacer un icono en la enseñanza superior y al mismo tiempo ayudar en el cumplimiento de los ODM y a la misión y la visión de esta Alma Mater, como es la formación de profesiones integrales, capaces de enfrentar los problemas sociales, con una visión proactiva.

2.10.2. Aproximación legislativa respecto a la educación integral, según el modelo curricular de la UNAN, Managua.

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, consciente de su responsabilidad histórica, y de acuerdo con su Misión, asume la responsabilidad de formar profesionales mediante la gestión de un Modelo Educativo centrado en las personas, que contribuye con el desarrollo integral de

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

los estudiantes. Este Modelo articula las acciones de los diferentes actores partícipes en el quehacer educativo de la Universidad y, además, orienta la formación de profesionales con una concepción científica y humanista, capaces de interpretar los fenómenos sociales y naturales con un sentido crítico, reflexivo y propositivo. (UNAN. MANAGUA, 2011)

En la búsqueda de dar respuesta a la demanda de las problemáticas sociales y laboral. En el avance a la configuración de una relación más activa con su contexto la UNAN- Managua impulsa académico caracterizado por la indagación de los problemas en sus contextos; la producción y transferencia del valor de los conocimientos; el trabajo conjunto con las comunidades. Una investigación científica, tecnológica, humanística y artística fundada en la definición explícita de problemas por atender, de solución fundamental para el desarrollo del país o la región y el bienestar de la población.

La formación integral de alumnado está contemplada en la misión y la visión de la Universidad, que establece que la UNAN, Managua, es una institución de educación superior que forma profesionales y técnicos integrales con una visión humanística y científica del mundo, capaces de incidir en el desarrollo y progreso de la nación.

En la búsqueda constante hacia una educación holística la UNAN – Managua, ha venido buscando esa pertinencia a la demanda de la sociedad actual, lo le llevo a crear una asignatura de Formación Integral donde contenidos impartidos son Derecho Humanos, género, desarrollo humano sostenible, soberanía y seguridad alimentaria, temáticas perenemente para dar respuestas a los retos del milenio, planteado en PNUD (1994) cita por informe del Gobierno de reconciliación nacional de Nicaragua el que hace referencia a:

.... simplificar las acciones, la Declaración del Milenio estableció los conocidos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que son 8 y cuentan con metas e indicadores específicos y medibles. Su propósito es trabajar

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

firmemente en: Erradicar la pobreza y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad de las niñas/niños menores de cinco años; mejorar la salud materna; combatir el VIH/sida y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y fomentar una alianza mundial para el desarrollo. (GRUN. NI, 2012, pp 17 - 20)

Por la lucha en la mejora de la formación en los profesionales la UNAN – Managua ha integrado los valores en su formación como son:
Los valores que orientan el quehacer en la UNAN-Managua:

- Compromiso social.
- Equidad, justicia, igualdad de oportunidades
- Honestidad y transparencia
- Respeto a los derechos humanos
- Respeto a la diversidad
- Respeto al medio ambiente.
- Ética profesional
- Responsabilidad social e institucional
- Identidad institucional y sentimiento de pertenencia.
- Tolerancia y solidaridad.
- Identidad, cultura nacional y valores patrióticos.

En uno de los valores que orienta el quehacer la UNAN – Managua. Como es compromiso social y responsabilidad social e institucional, en donde enmarca la educación para la salud en sistema educativo superior.

Como lo plantea Clos, Fernández, Muñoz y Sánchez que la Educación para la Salud “*es unos instrumentos importantes en la promoción de la salud, para la cual se necesitan profesionales formados y motivados*” (2000, p. 139). La autora hace referencia a que la educación para la salud constituye un campo fundamental para la formación integral de alumnado, para crear capacidades

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

para enfrentar los problemas sociales y fomentar la creación de estilos de vida saludables.

En la Constitución Política Nicaragüense en su Capítulo III: Derechos Sociales, en su Artículo 59: Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa del mismo.

Artículo 60: Hace referencia que los nicaragüenses tienen derecho habitar en un ambiente saludable, así como la obligación de su presentación y conservación. Podemos concluir que la constitución Política de Nicaragua obliga a todos los poderes de estado, a designar los medios necesarios para proteger la calidad de vida, defenderla y restaurar, con la participación individual y colectiva.

2.11. Conceptos básicos sobre drogodependencias

En este apartado se encontrarán algunas aproximaciones conceptuales de la problemática de consumo de drogas específicamente la diferenciación de uso, abuso, dependencia, droga y factores de riesgo y protección, etc., de la población objeto de estudio, realizaremos una descripción sobre los conceptos básicos que utilizaremos a lo largo de toda la investigación, de manera que sea más fácil su comprensión en cada contexto.

La sociedad actual se caracteriza por su complejidad, pues en ella se originan, diversas interacciones entre los diferentes sectores sociales que la integran. Por eso su análisis y comprensión se torna cada vez más complicado, lo que no permite interpretar su realidad de una forma integral. Si se estudiaran los problemas específicos de cada contexto se le sumarían problemas nuevos,

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

con dimensiones adoptadas de otros países, que exigirían soluciones globales, solidarias y cooperativas.

Según Escámez (1990) que para comprender un problema social, como la drogodependencia, es necesario transformarlo en un problema educativo, por lo que podemos decir que estos problemas como el consumo de sustancias adictivas, en el medio educativo pasa a ser parte de una realidad social compleja, con una íntima relación con la educación, por el permanente intercambio que se vive entre el sistema educativo y el entorno y ambos constituyen parte de un todo del que no se puede aislar, sin perder su identidad y su razón de ser.

Como consecuencia de la sociedad actual que vivimos que frecuentemente denominamos “ sociedad de consumo”, en la que el elemento de la oferta hace que dispongamos de gran cantidad de artículos, sustancias o situaciones que de forma consciente e inconsciente nos generan placer, en cierta medida; nos hemos creado una serie de necesidades que realmente no son esenciales para la vida diaria, aunque al mismo tiempo han generado en nosotros una dependencia, en la medida en que esas sustancias, artículos o momentos no son tan necesarios y modifican nuestras conductas, nos volvemos adictos.

El concepto de adicción, expuesto por la organización mundial de la salud (1992) citado por Martínez Gimeno, “*adicción es el estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetitivo de un droga, natural y sintética*” (2012 p 4).

Basado en este concepto podemos decir que las adicciones se reflejan en una compulsión a continuar con el consumo o la acción rutinaria por cualquier medio, de una sustancia, un producto o una práctica. La tendencia al aumento de la dosis, empuja a una dependencia psíquica, violaciones de las normas sociales y consecuentemente trae consigo perjuicios para el individuo, la familia y la sociedad. Cuando se habla de adicciones es importante diferenciar tres tipos

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

de comportamiento como son el uso, abuso y dependencia.

FIGURA: 4 Adaptación del esquema del comportamiento de Martínez Gimeno 2012.



Fuente: Martínez Gimeno, 2012.

Partiendo de estos tres comportamientos podemos decir que la adicción es la dependencia a una sustancia o a una práctica que arrastra a la persona a aislarse de su entorno social y afectivo, lo que está determinado por el deseo de consumo que se apodera de su pensamiento y comportamiento y obliga al individuo a realizar acciones encaminadas a conseguir la satisfacción de las demandas de su adicción.

Martínez Gimeno refiere que la adicción se refleja en cinco grandes indicadores tales como:

El objeto de deseo: Este es la sustancia, cosa, actividad o relación que conducen a la adicción, sea alcohol, tabaco, drogas, comida, sexo, juego, pornografía o cualquier cosa que provoque ideas obsesivas y derive en comportamiento compulsivo.

La preocupación: Existe una obsesión con la sustancia u objeto basada en la necesidad de aquello que provoca la adicción.

Los comportamientos guiados: Supone una compulsión por reducir la

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

ansiedad y satisfacer la obsesión que provoca el comportamiento adictivo.

La falta de control: Relacionado con los factores anteriores, la adicción implica una pérdida de control sobre los pensamientos, sentimientos, ideas o comportamientos, por tanto esto es la clave y las características centrales de la adicción y la dependencia.

Las consecuencias negativas: La adicción siempre va acompañada de consecuencias negativas ya sean de carácter socio relacional, psicológico o físico.

2.11.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE DROGAS.

Diferentes autores hacen una definición del concepto de drogas y su clasificación en lícita e ilícitas. La organización mundial de la salud (1975) a define drogas como:

Drogas a todas sustancias psicoactivas que en el interior del organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, capaz de generar dependencia caracterizada por el impulso de tomar sustancias de modo continuo o periódico, a fin de obtener sus efectos y a veces de evitar el malestar de sus falta y la alteración de su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras (p. 10).

La asamblea Nacional de Nicaragua, en la “**Ley 177 de los estupefacientes, sicotrópicos y otras sustancias controladas**” (1994), en capítulo I, artículo 5, define que para los efectos de la presente ley se adoptarán las siguientes definiciones:

Droga: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas con efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Estupefacientes: Es la droga no prescrita médicamente que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo dependencia.

Medicamento: Es toda droga producida o elaborada en forma farmacéutica conocida que se utiliza para la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades o corregir sus secuelas.

Sicotrópico: Es la droga que actúa sobre el sistema nervioso central, produciendo efectos neuropsicofisiológicos.

También, la Ley de Prevención y Asistencia en materia de Drogas otros conceptos básicos que incorporan todos los manuales básicos sobre drogas y adicciones son:

Síndrome de abstinencia: Es el conjunto de signos y síntomas que se observan en el individuo cuando ha interrumpido de manera brusca el consumo. Dependiendo de la sustancia estos síntomas pueden ir desde temblores, sensación de frío y ansiedad, hasta manifestaciones agresivas, etc. Se producen por tanto no sólo en el ámbito orgánico sino también psicológico y relacional.

Tolerancia: Es la adaptación del organismo a determinada cantidad de sustancia, por lo que, para conseguir los mismos efectos, se necesita aumentar la dosis del consumo. Hablamos de *tolerancia inversa* cuando debido a las características de la sustancia, la dosis que produce el efecto es menor; en vez de necesitar más dosis, el individuo presenta los efectos de la misma con una ingesta de menor cantidad, este sería el caso de los alcohólicos muy cronificados, que con menor cantidad de alcohol ya presentan los efectos de una "borrachea". Asimismo, denominamos *tolerancia cruzada*, cuando las sustancias interactúan entre sí de tal modo que consumiendo una de ellas hace al organismo más sensible cuando consume otras. Por ejemplo, cuando se mezclan alcohol y barbitúricos.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Desintoxicación: Es el proceso físico que se realiza con el drogodependiente, para que su organismo vuelva a tener un funcionamiento normalizado, sin necesidad de la presencia orgánica de la sustancia. Este proceso conlleva un control facultativo con intervenciones médicas y psicológicas, y va ligado al proceso de deshabitación, elemento necesario para que el paciente obtenga un beneficio completo e integrado que lo lleve a la curación e inserción plena.

Recaída: Así se denomina al acontecimiento que ocurre cuando el individuo que ha podido ser desintoxicado y deshabitado, vuelve a consumir.

Patología Dual: Es un concepto relativamente nuevo que indica la situación de aquellos pacientes que presentan adicción a sustancias y cuadros psicopatológicos severos. Esta patología combinada puede ser producida como consecuencia del consumo de sustancias, o bien, la patología severa puede que existiera antes del mismo en el individuo. En cualquier caso, estos pacientes deben ser tratados, atendiendo al protocolo existente de actuación entre los Servicios de Drogodependencias y Salud Mental (*Drogodependencias y Adicciones*, 2004 en Castillo Manzano et al 2009).

2.11.3. Naturaleza de las sustancias: Drogas y sus efectos.

Como mencionábamos anteriormente que las droga es “*toda sustancia natural o sintética capaz de alterar la actividad psíquica (conducta, pensamiento, emoción) del individuo que la consume*”. Hay distintas drogas y el uso de cada una de ellas tiene distintas consecuencias a nivel individual, familiar y social.

El objetivo de este apartado es describir las principales drogas de abuso por el alumnado, qué son, cómo se usan, qué efectos inmediatos provocan, cuáles son las consecuencias de largo plazo de su uso y abuso, etc.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

El énfasis está puesto en la marihuana, la cocaína y crack, pues ellas son las drogas ilegales más consumidas en el país. Adicionalmente, se describen otras sustancias ilegales de menor uso en por el alumnado (como el éxtasis y los solventes volátiles, anfetamina y heroína) y las dos drogas legales más permitidas por la sociedad: tabaco y alcohol. Con esto último se busca poner en contexto el daño que provocan las primeras.

En cuanto a la naturaleza que caracteriza a las sustancias que vamos a investigar: opiáceos, cánnabis, psicoestimulantes, hipnosedantes, tabaco y alcohol, debemos saber que, **los opiáceos**, aunque no hay constancia escrita, parece que el jugo de la *Papaver Somniferum* (amapola de la que se extrae), era usada por pueblos y civilizaciones muy antiguas, debido al alto poder analgésico de los más de veinte alcaloides que lo componen. Sí hay datos de su uso como somnífero y como medicamento en civilizaciones como la china, la egipcia y otras; la forma de presentación era en decocciones de las semillas o el procedimiento del látex que produce la planta, bien sola o combinada con otros componentes.

2.11.3.1. Morfina

Durante el siglo XIX se sintetizó la morfina, que es el alcaloide principal que contiene la planta. En 1898, se sintetizó la heroína, alcaloide procedente de la morfina. Esta sustancia se comenzó a utilizar, precisamente, para combatir los estragos que la morfina había venido causando entre sus consumidores.

En cuanto a los efectos que produce esta sustancia podríamos destacar:

- **Efectos Orgánicos:** Los primeros consumos suelen generar náuseas y vómitos con inhibición del apetito y cierta necesidad de ingerir alimentos muy dulces. Como sustancia sintetizada de un alcaloide opiáceo, el efecto que provoca en el organismo es el de la analgesia, una cierta insensibilidad a los

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

procesos dolorosos.

Efectos Psicológicos: La analgesia a la que nos hemos referido tiene un correlato psicológico también en cuanto al “dolor interno” o “psicológico” generado la sensación de bienestar y cierto placer en cuanto a ausencia de ese “dolor”. Esta ausencia de dolor también da un cierto contenido eufórico con posterioridad a la ingesta.

También el consumo de esta sustancia puede producir unos *riesgos orgánicos*, ya que puede inhibir el apetito, produciendo un adelgazamiento que puede cursar con anemia. Otro efecto, es el estreñimiento y la aparición de caries y otras patologías somáticas relacionadas con la ausencia de vitaminas y minerales.

Otro tipo de *riesgos psicológicos*, cuando el consumo se da con cierta cronicidad, son los trastornos de personalidad con ansiedad y fases depresivas, así como alteraciones de las funciones cognitivas e intelectuales.

2.11.3.2. Marihuana

Con respecto al **cánnabis**, sabemos que procede de una planta denominada **cánnabis sativo**, cuyo principio activo, es el nueve delta tetrahidrocannabinol (THC). También existen otros cánnabis como la *índica* o la *ruderalis*.

Se puede consumir de varias maneras, se puede fumar en una presentación formada por la trituración de flores, hojas y tallos, denominada **marihuana**, o prensando la resina, a esta presentación que es la más común se le denomina **hachís**. Este tiene un aspecto como bolas o plantas de barro prensado y de color marrón oscuro que se mezclan con el tabaco.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

También se consume mezclado con alimentos, generalmente en dulces y tartas y se puede inhalar quemándolo y ambientando un espacio concreto, a modo de incienso, también se fuma a través del Narguile.

Su uso es conocido desde la antigüedad, hay datos que indican que los chinos la usaban en torno al 2.700 a.c. con fines hedonistas, aunque conocían perfectamente otros usos de la planta en aplicaciones sanitarias, así como consecuencias toxicológicas.

En excavaciones arqueológicas se han detectado restos de cáñamo, de hace miles de años, que se usaba como tejido, ya que es una planta bastante versátil y se ha venido utilizando para la fabricación de ropas, papel y de materiales de construcción debido a su alta fibrosidad y frondosidad.

Prácticamente ha sido utilizada por todas las grandes culturas de la humanidad con distintos fines: médicos, religiosos, etc., pero siempre bajo el control de los sacerdotes, curanderos o de los responsables de las diversas ceremonias.

Se dice que las tropas de Napoleón I que realizaron expediciones al continente asiático, trajeron a Europa la costumbre de consumir preparados hechos a partir del cáñamo, pero este producto era ya conocido por los celtas y resto de habitantes europeos en todas y cada una de las edades de nuestra era. (Castillo Manzano, Pedrero García y Morón Marchena, 2009)

La forma de consumo de la marihuana es variada entre las más usadas tenemos es la fuma. Una vez fumado un cigarrillo o “pito” de marihuana se inhalan sus constituyentes, dentro de los cuales hay elementos cannabinoides (entre ellos el THC) y no-cannabinoides, estos últimos similares a los del tabaco. Cerca de la mitad de los cannabinoides se absorbe en el nivel pulmonar, pasando rápidamente a la sangre. A través del torrente sanguíneo se distribuyen por el organismo, alcanzando primero los órganos de mayor flujo, como el cerebro, los

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

pulmones y el hígado. En el cerebro, los cannabinoides se distribuyen en forma heterogénea, alcanzando altas concentraciones en áreas neocorticales (corteza frontal), áreas límbicas (hipocampo y amígdalas), áreas sensoriales (visual y auditiva), áreas motoras (ganglios y cerebelo) y en el puente. La vida media del THC es de una semana, la eliminación completa requiere de un mes y ésta es, en su mayoría (65%), por vía biliar (Velásquez, 2004)

Los efectos de la marihuana son subjetivos y objetivos, durante la ingesta y son percibidos entre segundo y minutos después de comenzar a fumar, alcanza su mayor intensidad a los 20 o 30 minutos y pueden durar hasta 2 o 3 horas.

En cuanto a los efectos y cambios físicos puede ser observado durante intoxicación son los siguientes:

Efectos Inmediatos: A dosis bajas (euforia, desinhibición, pérdida de concentración, ganas de hablar y reír, es decir hilaridad. Aumento del hambre, enrojecimiento de los ojos y aumento tanto del pulso como de la frecuencia cardiaca). A dosis altas (confusión, excitación nerviosa, ansiedad y crisis de pánico). En consumo muy excesivo y continuado, o por sensibilidad individual, pueden aparecer alucinaciones.

Efectos Orgánicos: Aumento del apetito y sequedad de la boca. Ojos brillantes y enrojecidos. Hipotensión, taquicardia, sudoración y somnolencia. Aparece descoordinación de movimientos.

Efectos Psicológicos: Sensación de relajación y desinhibición con hilaridad a la que hemos hecho referencia. Sensación de lentitud y somnolencia. Igualmente aparecen alteraciones sensoriales y dificultad en el ejercicio de funciones complejas como son: expresarse con claridad, dificultad con la memoria inmediata, en la capacidad de concentración y con los procesos de aprendizaje.

Riesgos Orgánicos:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Aparato Respiratorio: Tos crónica y bronquitis.

Sistema Cardiovascular: empeoramiento de síntomas de hipertensión o insuficiencia cardíaca.

Sistema Endocrino: Alteración de las hormonas responsables del aparato reproductor y de la maduración sexual.

Sistema Inmunitario: El uso crónico reduce la efectividad de este sistema, provocándose el aumento de infecciones.

Riesgos Psicológicos: El consumo diario genera un entorpecimiento de las funciones superiores como son las de aprendizaje, concentración y memoria; puede generar reacciones agudas de pánico y ansiedad, así como en personas predispuestas puede favorecer el desencadenante de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico.

El uso frecuente de la marihuana puede producir tolerancia a los efectos psicoactivos, que viene a conllevar a la dependencia y síndrome de privación. Diferentes unas divergencias en cuanto a la frecuencia con que ello ocurre y el grado de dependencia física y psicológicas, que la marihuana provoca en el organismo.

La American Psychiatric Association (APA), ingresa en 1987 el DSM-IV incluye la marihuana entre las drogas productora de dependencia y en 1996 las investigaciones realizadas por APA, mostraron síndrome de privación asociado a ella.

Las diferentes investigaciones antes expuestas determinaron que los daños que causa al organismo, va depender de las características del consumidor, del ambiente que se consume y sobre todo de la calidad y cantidad de marihuana.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

2.11.3.3. Cocaína y Crack

Con respecto a la cocaína, podemos decir que es alcaloide que se extrae de las hojas de coca, y es un estimulante del sistema nervioso central (SNC) extraído y refinado de un arbusto el *Erythroxylum Coca*. La síntesis química se realizó en laboratorio en la década de 1850. Poco después de haber sido aislada, médicos y laboratorios recomendaban la cocaína destinada a combatir hábitos de alcohol, opio o morfina. (Castillo Manzano et al., 2009)

En aplicación externa es un poderoso vasoconstrictor con función antihemorrágica e inhibidora de la transmisión de impulsos en fibras nerviosas.

Debido a esto último se convirtió en el primer anestésico local de la cirugía moderna. Se la usaba en intervenciones oftalmológicas y de otorrinolaringología hasta que el descubrimiento de otros alcaloides la fue sustituyendo. Antes de continuar con la cocaína como sustancia, vamos a comentar algunos aspectos de la planta de la que procede.

El *Erythroxylum coca* es un arbusto que crece fundamentalmente en los países andinos. Los habitantes de esta zona del planeta conocían los diversos usos del arbusto. Ellos utilizaban las hojas masticándolas directamente, pues su jugo les permitía adaptarse de una manera más adecuada a las duras condiciones de vida en las estribaciones y cumbres andinas. Lo usaban como “energetizante” y como sustituto del alimento dado su contenido calórico, proteico y vitamínico, a parte de su uso en ceremonias religiosas y adivinatorias.

Es decir, es una planta adaptada y servicial al ecosistema al que pertenece. Su uso, de esta manera, no planteaba o al menos no se tienen noticias de que planteara problemas de salud pública, como en la actualidad sí plantea el principal alcaloide que se extrae de ellas, la cocaína, sino más bien todo lo contrario.

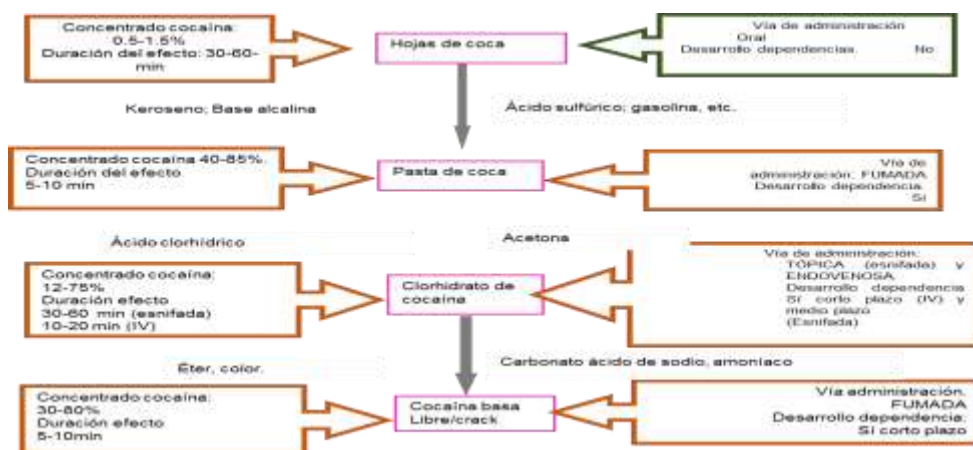
ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Independientemente de las investigaciones realizadas por eminentes científicos, durante el siglo XIX, también aparecieron una serie de productos que llevaban coca. Entre ellos el famoso Vino Mariani, producido por un químico corso en París, llamado Ángelo Mariani en 1863. Este vino procedía de la maceración de hojas de coca y tuvo una gran aceptación popular, incluyendo al entonces Papa León XIII. Poco después, en Atlanta, un farmacéutico llamado Pemberton desarrolló la fórmula de un jarabe, también basado en la coca y padre directo de la actual Coca-cola, aunque la fórmula de este producto ya no lleva hoy en día “coca” entre sus componentes, pero sí otros estimulantes de los llamados “menores”.

La cocaína puede ser inalada por vía nasal, sin embargo, puede ser inyectada vía intravenosa o fumarse como crack, este último se elabora a partir del clorhidrato mediante un proceso químico simple. Y la pasta base o sulfato de cocaína se fuma tomada.

Esquema del proceso de obtención de clorhidrato de cocaína y crack, así como las diferentes concentraciones de cocaína en cada una de las presentaciones, duración del efecto, vía de administración y la posibilidad de desarrollar dependencia.

Esquema 8 Composición de la Cocaína



Fuente: Esquema del proceso de obtención de clorhidrato de cocaína y crack, así como las

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREMCHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

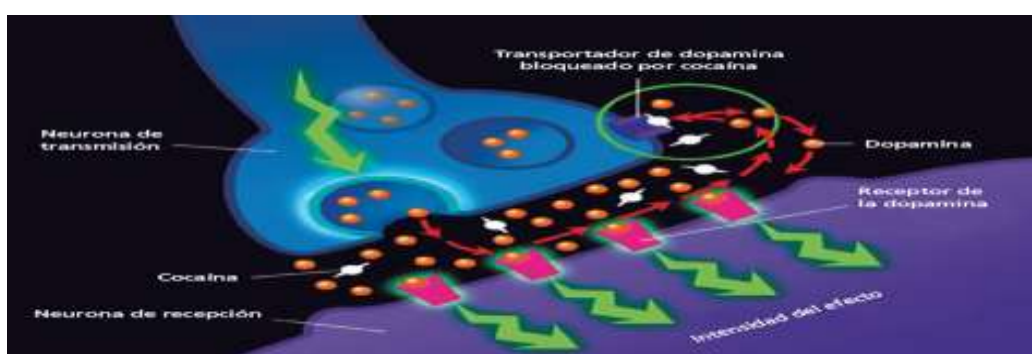
diferentes concentraciones de cocaína en cada una de las presentaciones, duración del efecto, vía de administración y la posibilidad de desarrollar dependencia. **Miñarro López (2012)**

Al inhalar cocaína, la sustancia pasa a la sangre mediante las membranas nasales; las inyecciones son ingresadas directamente al torrente sanguíneo, por lo cual aumenta su efecto. Cuando se fuma crack o pasta base, el humo y el vapor llegan directamente a los pulmones, lo que sirve de vehículo para transportarla al torrente sanguíneo la que la distribuye al resto de los órganos del cuerpo., y tienen la velocidad que cuando se inyecta.

En el cerebro, la cocaína afecta el proceso ordinario de reabsorción de algunos neurotransmisores, y lo representa con una euforia asociada al consumo de cocaína.

Mecanismo de acción de la cocaína. La cocaína bloquea el proceso de reciclaje provocando una acumulación de dopamina en la sinapsis. Este aumento de dopamina se asocia con los efectos placenteros provocados por la cocaína. *Fuente:* Tomada del National Institute of Drug Abuse (NIDA, 2014), Estados Unidos.

Figura 4 Efecto en Cerebro de cocaína



Fuente. Mecanismo de acción de la cocaína. La cocaína bloquea el proceso de reciclaje provocando una acumulación de dopamina en la sinapsis. Este aumento de dopamina se asocia con los efectos placenteros provocados por la cocaína. *Fuente:* Tomada del National Institute of Drug Abuse (NIDA), Estados Unidos. **Miñarro López (2012)**

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

La cocaína es un estimulante que conduce a la rápida acumulación de catecolaminas y serotonina en el cerebro mediante el bloqueo de la recaptación de serotonina, dopamina y noradrenalina principalmente en el sistema mesocorticolímbico, por lo tanto, la disponibilidad de estas monoaminas aumenta significativamente (fig. 10). Las investigaciones acerca de la acción de la cocaína con modelos animales nos indican que están relacionadas estructuras cerebrales implicadas con las funciones reforzantes, como son el área tegmental ventral (ATV), el núcleo accumbens (NAc), la amígdala y el córtex prefrontal (PFC). Los estudios realizados con humanos son consistentes con los observados en estos modelos experimentales, y muestran activación de las funciones subcorticales y corticales en regiones del refuerzo y aversión durante la exposición a la droga, asociándose los efectos reforzadores de la cocaína con incrementos en los niveles de dopamina cerebral (Miñarro López, 2012)

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

La dopamina es un neurotransmisor dopaminérgico que participa en las complejas funciones cerebrales, incluida la iniciación y planificación de las conductas motoras, que facilitan el aprendizaje relacionado con la recompensa y el recuerdo del estímulo asociado a la recompensa. Durante la iniciación de consumo de la cocaína, la dopamina secretada facilita el aprendizaje relacionado con el consumo. El consumo frecuente provoca cambios neuroplásticos que modifican la estructura de los circuitos de recompensa que almacenan la información relacionada al consumo. Los eventos vividos bajo los efectos de droga como estímulos, las situaciones, los lugares y las emociones, quedan grabados. Cuando el adicto vuelve a sentir cada uno de esos estímulos condicionados por el proceso de recuperación de la información almacenada pone en marcha emociones relacionadas con su consumo *craving* que promueve el comportamiento de búsqueda de la droga.

Para Ersche et al (2011; en Miñarro López, 2012) refieren que el consumo crónico de cocaína se caracteriza por fenómenos de neuroadaptación a la droga, mecanismos de tolerancia y sensibilización, búsqueda compulsiva y síndrome de abstinencia. Los sistemas de neurotransmisión implicados en estos procesos adaptativos son principalmente el dopaminérgico, gabérgico, glutamatérgico y noradrenérgico. Este consumo crónico de cocaína está asociado con una relativa hipofuncionalidad dopaminérgica. Se ha observado una disminución de la reactividad neuronal a la dopamina por alteración de los segundos mensajeros, por los factores de transcripción nuclear y por cambios en la expresión génica de los receptores. Mediante distintas técnicas de neuroimagen (TEP, TE fotón único y EEC cuantitativa) se ha visto una reducción de la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica con repercusiones fisiopatológicas, como la disminución de la sustancia gris en consumidores crónicos de cocaína, así como una reducción y alteración de la actividad del córtex orbitofrontal y gyrus cingulado anterior.

Los resultados de diversas investigaciones nos indican que un aumento en la vulnerabilidad en la adicción a la cocaína correlaciona con una reducida disponibilidad de los receptores D2 estriatales. Los datos mostrados con técnicas

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

de neuroimagen sugieren que la mayor presencia de este tipo de su receptor D2 de dopamina en el cerebro puede ser un factor protector de los efectos euforizantes de la cocaína. Sin embargo, recientes investigaciones en voluntarios sanos nos indican que los sujetos que expresan bajos niveles de estos receptores D2 tienen experiencias más placenteras cuando consumen alguna droga y, por tanto, pueden ser más susceptibles de volverse adictos a la cocaína. (Bello, 2011, en Miñarro López, 2012). Posiblemente, hay que incluir otros sistemas de neurotransmisión (glutamatérgico y opioidérgico) entre los neurotransmisores en los que su función reducida podría propiciar una mayor susceptibilidad en la adicción a la cocaína.

Los efectos reconocidos ante el consumo de esta sustancia son:

Efectos Inmediatos: Produce una sensación de euforia, pupilas dilatadas, aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y de la temperatura corporal. Así mismo provoca una sensación de bienestar, de tener mayor energía, y de encontrarse más vigilante, sin sueño, ni hambre.

Efectos Orgánicos: De entre los efectos indicados, los que se producen en el organismo a escala somática son los siguientes (disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito y aumento de la presión arterial).

Efectos Psicológicos: Principalmente euforia, locuacidad, aumenta la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad y deseo sexual igualmente aumentado.

Los alucinógenos son las que alteran el funcionamiento del Sistema Nervioso Central en cuanto a la percepción a través de los distintos sentidos que conforman al ser humano: vista, tacto, gusto, olfato, audición, tanto a niveles propioceptivos como exteroceptivos, es decir, sin presencia de objeto externo o con presencia. Cuando no hay objeto presente provocan cuadros alucinatorios, si hay objeto, producen distorsiones severas en la percepción del mismo y

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

cuadros de carácter ilusorio. También provocan alteraciones en cuanto a la vivencia del tiempo y del espacio.

Diferentes investigaciones como Lodge y Grace (2005, p 204) han “*venido demostrando que el estrés desempeña un papel esencial en la adicción a las drogas, en general, principalmente la cocaína*”. Podemos concluir que la iniciación del consumo de cocaína, el estrés es un factor predisponente para el uso de esta droga.

2.11.3.4. Solventes volátiles

Los solventes volátiles producen ciertos vapores químicos que, al ser inhalados, inducen un efecto psicoactivo y de alteración mental. Entre los inhalantes se encuentran pinturas, pegamentos, barnices y aerosoles de uso doméstico o industrial. En Nicaragua, el más consumido es el neoprén, que es un pegamento. El Conace y otras entidades y personas vinculadas al tema señalan que es inhalado mayoritariamente por niños pobres para combatir el hambre y el frío.

Los vapores inhalados pasan rápidamente desde los pulmones hacia la sangre, que los lleva hacia el cerebro e hígado; se produce así depresión del sistema respiratorio y cardiovascular. Los efectos inmediatos son similares a los que produce el alcohol: alegría, desinhibición, modorra, insensibilidad y pérdida del apetito. Éstos duran aproximadamente 45 minutos, tras los cuales dominan los sentimientos de cansancio y somnolencia.

La inhalación reiterada puede provocar daño en las zonas del cerebro participantes en el proceso de aprendizaje, movimiento, visión y audición. Las anomalías cognitivas pueden ir desde problemas leves hasta la demencia.

2.11.4. Drogas ilegales de bajo consumo en Nicaragua

2.11.4.1. Las anfetaminas

Se le denomina anfetamina “a un conjunto de compuestos de drogas de composiciones sintetizados en laboratorio, para tratar diversos cuadros de enfermedades tanto somáticas como psicológicas.” Su consumo provoca unas reacciones muy similares a las de la cocaína como es la euforia “agilidad mental”, como cierta viveza artificial. (Castillo Manzano, et al, 2009, p 12)

En algunos países como Inglaterra se usa para el tratamiento de la narcolepsia y el déficit atencional, en los Estados Unidos se permite la comercialización con recetar médicas no renovables en las patologías antes mencionadas.

Los especialistas en la materia recalcan que estas drogas tiene un uso terapéutico limitado y se discute su efectividad en los problemas de obesidad (Velázquez, 2004).

El modo de uso de esta droga, puede variar desde su consumo oral en capsula o pastilla, pero también puede ser inhalada o mezclada en bebidas

Los depresores: Son aquellas sustancias que se producen en laboratorios farmacéuticos y cuya función principal consiste en ralentizar las funciones del Sistema Nervioso Central. Se suele administrar bien como tranquilizante o como hipnótico. Dentro de las sustancias legales hablaremos de la naturaleza del tabaco y el alcohol. Éstas son las más consumidas por nuestros jóvenes actualmente, como podremos comprobar cuando expongamos los datos sobre sus prevalencias de consumo en dicha población.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

2.11.4.2. La dietiltiamida del ácido lisérgico o LSD

Las presentes sustancias han estado presentes en el desarrollo del ser humano desde siempre, en todas las culturas primitivas, animistas y de cualquier otro tipo que ha habido sobre la tierra. Fundamentalmente su uso ritual se circunscribía a las ceremonias religiosas, de visualización de los dioses, curativas e iniciativas.

Hasta que se descubrió, en el laboratorio, el uso de la Dietilamida del Ácido Lisérgico (LSD) como sustancia alucinógena, las que se habían venido usando eran totalmente naturales y provenían, fundamentalmente, de hongos, setas y cactus. En la actualidad el consumo de las sustancias naturales se produce en grupos reducidos y vinculados con culturas de tipo “chamánico”.

Los efectos reconocidos son:

Efectos Orgánicos: taquicardia, aumento del ritmo cardiaco, hipertermia, aumento de la temperatura corporal, hipotensión, dilatación de la pupila y descoordinación motora.

Efectos Psicológicos: Todo lo que corresponde a la alteración de la percepción, incluyendo la propia autoimagen como sensación propioceptiva y el aumento de la sensibilidad perceptiva en general.

Como hemos indicado se altera la sensación temporal-espacial y aparecen alucinaciones e ideas delirantes. Todo esto origina confusión mental, rasgos de euforia e hiperactividad. Puede dar lugar a experiencias de tipo místico.

Los inhalables, son sustancias que, a temperatura ambiente, desprenden vapores tóxicos que alteran el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central. En la actualidad este tipo de sustancias, de origen químico, se encuentran en una gran cantidad de productos de uso doméstico e industrial, de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

bajo coste y de fácil obtención en tiendas, supermercados y grandes superficies.

En la antigüedad, aunque no existían los avances químicos que poseemos hoy, se utilizaban las emanaciones naturales de los gases contenidos en las fallas telúricas para obtener un estado alterado de conciencia en sacerdotisas y diferentes tipos de “mediums”. Las sustancias inhalables se aspiran vía nasal y provocan un comportamiento aturdido, parecido a la ebriedad y con discretas alteraciones motóricas.

Los efectos que producen son:

Efectos Orgánicos: Palidez y fatiga permanente, anomalías hepáticas, afecciones renales, pulmonares y cardíacas, igualmente provocan neuropatías, es decir pérdida de la sensibilidad y del control muscular.

Efectos Psicológicos: Como el caso de los efectos paradójicos del alcohol provocan una cierta exaltación del humor y euforia. También puede provocar sintomatología alucinatoria y trastorno de la conducta.

Dentro de las sustancias denominadas “fármacos” encontramos una gama muy variada, de ellas destacamos como las más conocidas:

Los analgésicos: Su efecto más importante es que mitiga el dolor, pueden ser fabricados a partir del opio, bien de forma natural, semisintética sintética

2.11.4.3. Éxtasis

El éxtasis (MDMA) es una droga sintética con propiedades estimulantes y alucinógenas. Se comercializa en tabletas o cápsulas de variados colores y diseños. Se administra oralmente.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

El éxtasis es generalmente consumido por jóvenes en largas fiestas bailables, porque esta droga posee propiedades estimulantes, que permiten bailar por largos períodos de tiempo sin experimentar mayor cansancio. Además, los usuarios relatan experiencias de empatía, cercanía y sintonía con otros, lo que la hace particularmente funcional a esta clase de fiestas. En estos casos, los principales riesgos de su consumo son la deshidratación y aumento excesivo de la temperatura corporal. Se ha señalado que, en combinación con el alcohol, el consumo de éxtasis puede causar una reacción adversa o ser más dañino; por ejemplo, el alcohol también puede causar deshidratación, por lo que el consumo combinado potenciaría este riesgo.

Por lo general, al usuario se le dilatan las pupilas, le tiritan la mandíbula, suda, se le seca la boca y la garganta; la presión sanguínea y el ritmo cardíaco aumentan.

Su uso regular puede generar problemas de sueño, falta de energía, problemas de alimentación (incluida la anorexia nerviosa), sentimientos de ansiedad y depresión. También puede producirse cierta susceptibilidad a resfrío y gripe.

El éxtasis no genera dependencia física, aunque algunos usuarios desarrollan dependencia psicológica a sus efectos. Poco se sabe aún sobre los efectos de largo plazo del consumo frecuente; se cree que éste puede producir ciertas pérdidas de memoria.

El nivel de pureza de las tabletas comercializadas varía fuertemente y en algunos casos, lo que se vende como éxtasis es en realidad otra droga, algún tipo de anfetamina, por ejemplo.

2.11.4.4. Heroína

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

La heroína es un opiáceo, conjunto de drogas que se obtienen de ciertas plantas de amapola. En su forma pura, es un polvo blanco o café. La heroína puede ser fumada, inhalada o inyectada.

Esta sustancia, al igual que el resto de los opiáceos, es un sedante que deprime el sistema nervioso, haciendo más lentas las funciones corporales y generando un estado de relajación. Entre los efectos inmediatos destaca el acaloramiento corporal y la sequedad de la boca. Algunos usuarios experimentan temblores abdominales, náuseas, diarrea y escalofríos. La sobredosis puede causar la muerte, como resultado de una depresión respiratoria.

El consumo de heroína genera tolerancia, dependencia psicológica y física, y adicción. En ausencia de la droga, el usuario experimenta un síndrome de privación, caracterizado por dolor muscular y de huesos, vómitos, diarreas, y temblor de extremidades.

Entre los riesgos de su consumo está la potencial aparición de abscesos cerebrales. Otras complicaciones del uso de heroína son consecuencia del sistema de administración, como el riesgo de contraer sida o hepatitis B y C por el uso de jeringas infectadas.

2.12. Drogas legales de mayor consumo.

En este apartado plasmaremos las drogas más consumidas en Nicaragua

2.12.1. Tabaco

El Tabaco procede de una planta solanácea denominada *Nicotina tabacum*. Se obtiene de las distintas labores que se realizan con las hojas de dicha planta, tras un proceso de secado y manufacturación. La sustancia adictiva fundamental es un alcaloide de carácter básico denominado “Nicotina”, que es un potente estimulante y bloqueante ganglionar, así como una droga de alto

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

poder adictivo.

En cuanto a sus efectos conocidos podemos destacar:

Efectos Inmediatos: produce una sensación de relajación, aunque realmente estimula el ritmo cardiaco, aumenta la tensión arterial y la frecuencia respiratoria.

Efectos Orgánicos: después de un corto tiempo de consumo produce una disminución de la capacidad pulmonar, fatiga prematura, una merma en los sentidos del gusto y olfativo, mal aliento, etc. A largo plazo puede dar lugar a faringitis, laringitis, úlceras gástricas, hasta provocar un enfisema pulmonar, etc.

Efectos Psicológicos: el tabaco puede provocar sensación de relajación y de mayor concentración.

2.12.2. Alcohol

El Alcohol es una sustancia que ya se usaba en civilizaciones muy antiguas y que se encuentran presentes datos históricos. El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, es decir, adormece el funcionamiento del cerebro, aunque al principio de la ingesta tiene efecto paradójico que genera una sensación de una cierta euforia.

En cuanto a los efectos que produce podemos señalar:

Efectos Inmediatos: la euforia inicial seguida de desinhibición conductual y emocional, debido a la inhibición de los centros cerebrales responsables del autocontrol.

Efectos Orgánicos: su uso continuado genera fundamentalmente la destrucción de células hepáticas; la aparición de trastornos digestivos, una disminución del ritmo cardio-respiratorio, así como pérdida de masa neuronal.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Efectos Psicológicos: la desinhibición que provoca, generalmente, conlleva la aparición de una cierta euforia y relajación psicológica con un aumento de la sociabilidad. Si continuamos consumiendo genera dificultades para asociar ideas y descoordinación motora.

2.13. Etapas del consumo de drogas

Partiendo de lo descrito anteriormente de las drogas, podemos decir que la adicción es un estado al que se llega luego de un proceso continuo, que se inicia la primera vez que se consume cualquier tipo de droga. Y que esta dependencia va depender de las características de cada individuo, la droga patrón de consumo y el ambiente. Hay que destacar que algunas personas llegan sólo a experimentar, sin llegar a desarrollar una dependencia.

Durante el estudio de los patrones de consumo, se han venido estructurando diferentes esquemas, donde se plasman las etapas del consumo, en esta investigación retomaremos el planteado por Arnold Washton (1995) el cual lo estructura en tres etapas:

Figura 5 Etapas de consumo de drogas



Fuente: La adicción a la cocaína; tratamiento, recuperación y prevención. Adaptación propia.

Uso Experimental

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En esta etapa del consumo que se le denomina experimental, es primer contacto con las drogas, la que puede ser con tipo o varios tipos de drogas. Esta puede pasar a un abandono o la continuidad en el consumo. Se corre el riesgo de progresar a un uso más frecuente, aunque la mayoría de las personas sólo llega hasta esta fase, optando por interrumpir el consumo ante el riesgo de desarrollar posteriormente la adicción.

La duración de esta etapa puede llegar a variar según el tipo de drogas, la vía de administración y la característica del sujeto.

En estas fases interviene diferentes factores que pueden llevar a la experimentación tales como: La curiosidad, la edad, la presión de los pares, el deseo de adaptación, las ansias de experimentar sensaciones placenteras, la atracción de lo prohibido y del riesgo. La familia no se percató de lo que ocurre, porque no hay cambios significativos de conductas o hábitos.

Uso Regular

Cuando un consumidor experimental empieza a planear su próxima ocasión de consumo y comienza a drogarse siempre en determinadas situaciones (por ejemplo, antes de cada fiesta o todos los fines de semana), se está empezando a instaurar un patrón del uso regular. En este momento, la droga es parte del estilo de vida de la persona. El patrón de uso puede aún ser intermitente o esporádico, pero se perpetúa por el deseo de alcanzar la euforia y porque aún no se evidencian consecuencias negativas atribuibles directamente a la droga. (Velázquez, 2004)

Durante esta etapa comienzan los cambios bioquímicos, por lo que empieza la tolerancia.

Los motivos que influyen en el uso regular de las drogas como son, la

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

intensificar la sensación de placer, Intensificar sensación de placer, vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste, Mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, etc., Reafirmar su independencia o su aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, frío, la debilidad o el cansancio.

Podemos decir en base a lo expuesto el que sujeto recurre a este consumo como un refugio de sus problemas, que esta es usa en grupo o de una forma individual y los efectos son conocido por el sujeto y está su vez puede abandonarla siempre y cuando él se lo proponga.

Uso Adictivo

La persona se hace adicta a cierta sustancia cuando ya no puede controlar su consumo y deja de ser capaz de escoger entre administrársela o no. En este momento, la droga se convierte en lo más importante y la existencia se organiza en torno a conseguir esa sustancia.

La adicción se caracteriza por:

- Utilización de la sustancia en mayor cantidad o por un periodo de tiempo más largo de lo que el sujeto pretendía.
- Toda de conciencia sobre la dificultad para controlar el uso de las drogas.
- Necesidad irresistible e intensos deseos de ingerir la droga, siendo esto prioritario a cualquier otra actividad, aun cuando ya no se experimente el mismo grado de placer de las primeras experiencias.
- Uso continuado, a pesar de las consecuencias negativas del consumo, tanto sobre su salud como sobre otras áreas de la vida, como, por ejemplo, la pérdida del trabajo o el abandono de la pareja, Negación del problema, Tolerancia frecuente.
- Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Intoxicación frecuente o síntoma de abstinencia cuando el sujeto desempeña determinadas obligaciones.
- Con asiduidad se recurre a la sustancia para aliviar el malestar provocado por su falta.

Algunas organizaciones refieren que, aunque el sujeto conozca estos riesgos, el continuara consumiente, porque esto va depender de 3 factores, las sustancia, las características de la misma, la personal (su personalidad, edad, problemas sociales y el estado de la salud y del ambiente en que se consume (momento, lugar y compañía) (FDA, 1996).

Podemos ver como se vienen relacionando los factores que influyen en consumo con las diferentes características de la persona, la droga y el ambiente. Por lo que nos atrevemos a decir que la universidad es uno de lugares propicio para la indicación del consumo de drogas.

2.14. Análisis socio-cultural de las drogas

Si después de hacer este breve repaso sobre la naturaleza de las sustancias estudiadas, realizamos un rápido análisis socio-cultural retrospectivo del tema, podemos comprobar, que el consumo de sustancias psicoactivas no ha sido conceptualizado como un problema social en Nicaragua, hasta bien entrados los años setenta. Por ende, la percepción social de consumo se restringía a un sector minoritario de la población.

Así, el uso de la heroína, aunque ha *“provocado una intensa alarma social por generar fuertes problemas de salud, familiar, de marginalidad y delincuencia, nunca sobrepasó el uno o dos por ciento”*. (Castillo Manzano et al, 2009, p. 46)

El consumo de cannabis se ha considerado relativamente amplio en esta época, pero siempre ha estado asociado a connotaciones contraculturales y

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

políticas (época predemocrática).

Por otra parte, los consumos de ciertos psicoestimulantes, como la anfetamina y la cocaína, se restringían a ciertos sectores de élites culturales y sociales.

El abuso de hipnosedantes se detectaba en segmentos poblacionales más populares, principalmente, entre las mujeres y personas de mediana edad.

Por último, dentro de las drogas legales, el tabaco y muy especialmente el alcohol, han sido consumidas en cantidades abusivas por amplias capas de la población mundial.

Durante la década de los años noventa se ha producido una serie de cambios en los consumos, se observa pues, un estancamiento y después un descenso del uso de la heroína; un surgimiento del éxtasis y de otras drogas de Síntesis; un liderazgo de los psicoestimulantes como principal modelo de policonsumo y un claro cambio de pautas y perfiles en el consumo de algunas sustancias.

De todos ellos, se vislumbra uno fundamental, la creciente irrupción de los y las jóvenes en los nuevos contextos de consumo. Estos datos son fruto del conocimiento que se empieza a tener acerca de la realidad de las drogas y de los cambios que en ella se van produciendo, gracias al incremento de investigaciones en el ámbito juvenil (Comas, 1994, p 6). En esta línea, señala el citado autor que

El uso de drogas, incluido el uso experimental o habitual de drogas ilegales, no constituyen una conducta subterránea, sino que representa valores sociales positivos y explícitos; son objetivos esenciales para cualquier joven: tener amigos, sentirse parte de la colectividad, tener relaciones sexuales y de pareja. Sin embargo, por sus propiedades las

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

drogas entrañan ciertos riesgos, pueden incluso producir exclusión, en especial el alcohol y algunas ilegales.

En este sentido, diversos estudios resaltan factores cognitivos, emocionales y personales, como factores asociados a la conducta - problema, consumo de drogas.

2.14.1. Creencias y Actitudes de los adolescentes hacia las drogas

Según Chassin, Presson, Sherman, Corty y Olshavsky (1984): citado por Castillo Manzano et al (2009), la iniciación en el uso de las drogas suele ir precedida por actitudes favorables hacia el consumo.

Capacidad de Interacción Social: en diversas investigaciones se ha encontrado que, en efecto, el consumo de drogas se asocia con una menor competencia en las relaciones sociales y con una menor capacidad para expresar asertivamente las propias posiciones (Lindquist, Lindsay y White, 1979, citado por Luengo Martín., Romero Tamames., Gómez Fragüela, Guerra López y Lence Pereiro, 1999).

Capacidad para “ponerse en lugar de los demás”: estudios diversos han demostrado que los jóvenes con conductas desviadas presentan ciertos déficits a la hora de identificar y comprender los estados internos de pensamientos, perspectivas, sentimientos... (Ellis, 1982, citado por Luengo Martín et al, 1999).

Control de las Emociones: aunque la evidencia no es del todo concluyente, en diversos estudios se ha encontrado asociaciones significativas entre el consumo de drogas y la vivencia de ansiedad generalizada (Levelle, Hammersley y Forsyth, 1991 en Castillo, Manzano et al, 2009).

Autoestima: en el campo del consumo de drogas, muchos autores han asumido que, en alguna medida, la *autoimagen* y la *autovaloración*, son factores

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

implicados en la etiología de la conducta desviada (Reckless, Dinitz y Murria, 1956 en Castillo Manzano et al, 2009).

Impulsividad: aunque la confusión conceptual es una de las características más dominantes del constructo impulsividad, en él se conjugan aspectos como las dificultades para considerar aspectos como las dificultades para considerar las consecuencias de la propia conducta.

Junto a estos factores de tipo personal y emocional, también se constata que **factores socio-familiares y culturales**, pueden desencadenar o mantener la conducta problema que estamos estudiando (*Drogodependencias en Mujeres y Jóvenes*, 1998; en Martínez Gimeno, 2012).

Las relaciones entre padres/hijos, el estilo de manejo familiar y el modelo de comportamiento de los padres se podrían considerar importantes. El contexto educativo universitario puede ofrecer elementos que favorezcan el uso de sustancias, a pesar de ser un medio en el que históricamente se ha descargado todas las responsabilidades de la formación de la persona.

El contexto social también es importante, ya que en nuestra sociedad la oferta y disponibilidad de la droga es cada vez mayor; la publicidad también ha ayudado a que se introduzca y “se vea bien” el uso de determinadas drogas, o al menos ha conseguido, que nos familiaricemos con ellas para paliar y/o potenciar determinados estados anímicos de la persona. Todo esto junto, a la falta de modelos sociales adecuados y la ausencia de alternativas de ocio juvenil, hace que se llegue a manifestar una actitud permisiva hacia el uso de sustancias, sobre todo, hacia aquéllas que tradicionalmente se encuentran ancladas en nuestra cultura, como es el caso del alcohol.

Por último, determinantes de tipo interaccional/grupal, influyen para que los jóvenes se inicien o se mantengan en el consumo. Nos referimos al grupo de “iguales” o “compañeros”, y a la influencia que ejerce sobre éstos, teniendo en

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

cuenta que a estas edades las relaciones y los procesos de socialización se producen fundamentalmente en este contexto.

2.15. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas

Al mismo tiempo que las investigaciones han ido conceptualizando cada situación por las que pasan las personas víctimas de las drogas y adicciones en general, también han puesto su punto de mira en averiguar, aquellas situaciones o acontecimientos que de alguna manera incrementan, directa o indirectamente, la probabilidad de que un individuo consuma cualquier tipo de sustancias.

A estas circunstancias se les han denominado factores de riesgo. Por tanto, podemos decir que hay consenso al definirlos como situaciones o características tanto individuales como ambientales que incrementan el riesgo de consumir drogas en determinados grupos de personas (*Drogodependencias y Adicciones*, 2004; en Martínez Gimeno, 2012).

Figura 6 Factores de Riesgo de la conducta adictiva



Fuente: Martínez Gimeno, 2012

De cualquier forma, hay que tener en cuenta cuando se estudian estos factores en la población juvenil, que la verbalización de las motivaciones por los/as entrevistados/as tiene de positivo, que refleja la visión propia que los jóvenes tienen del asunto, lo cual es de utilidad a la hora de planificar

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

intervenciones a la currículum y proyectos socioeducativo y actuaciones de sensibilización, pues permite elaborar los mensajes en su propio lenguaje.

También puede ocurrir que, en muchas ocasiones, los entrevistados no tienen una conciencia clara de determinadas situaciones o circunstancias sobre las que responden. De manera que, detrás de la búsqueda de la diversión o el placer en la trasgresión social y/o en las razones sintomatológicas, se esconden en ocasiones, frustraciones o conflictos no resueltos, y/o la incapacidad de resistir a la presión social circundante, que pueden actuar como verdaderos factores de riesgo, generadores o reforzadores de los consumos de sustancias psicoactivas, y que pueden ser considerados predictores de los mismos (*Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas*, 2002; en Castillo Manzano et al, 2009).

Al mismo tiempo, también existen unos determinados factores de protección (valores, actividades culturales, deporte, integración familiar, entorno comunitario, prevención escolar, etc.), que interactúan sobre los factores de riesgo impidiendo o modulando los consumos de drogas, así como los factores macro sociales y micro sociales (Martínez Gimeno, 2012).

Toda persona nace en un contexto concreto, bajo la influencia de determinados factores e van configurando su desarrollo. En esta línea, Merino (2007, p 51), define los procesos de socialización como aquellos por los que “... se estimulan, se generan y se desarrolla características comunes en la personalidad de los individuos”.

Esquema 9 Factores que favorecen la integración en comportamiento socios adictivos

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

CONTEXTO		FACTORES DE PROTECCIÓN
MACROSOCIAL		Residir en zonas con amplios recursos asistenciales y preventivos
		Convivir en entornos determinados por actitudes prosociales
		Dificultad de acceso a patrones de comportamientos adictivos
		Compartir hábitos saludables de ocio y tiempo libre
MICROSOCIAL	FAMILIA	Apego familiar y clima afectivo positivo
		Comunicación fluida
		Presencia de límites
	ESCUELA	Clima de centro positivo que favorezca valores de convivencia
		Integración y vinculación al entorno educativo
	AMIGOS	Independencia respecto al grupo
		Respeto grupal de las decisiones individuales
		Grupo de iguales no adictos
	TRABAJO	Planificaciones ajustadas y flexibles
		Variación periódica en las tareas y pausas de descanso
		Clima positivo y respetuoso
		Entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de conflictos
	Acceso a planes de formación y promoción laboral	

Fuente: Estudio sobre la prevalencia, Actitudes, patrones y motivaciones de la población universitaria en relación al consumo de Drogas Castillo Manzano, et al, 2012.

Después de unos primeros estudios que demostraron la contraindicación de algunas actuaciones preventivas (Swisher y Hoffman, 1975; Dorm y Thomsón 1976; Shaps, 1981; Tobler, 1986): las que estudiaban la influencia psicológica (Kearney y Hines, 1980. Dean, Lian y Ensel, 1986; Hansen 1986), la influencia social (Bandura, 1986, 1977 y 1986), o los referidos a los enfoques multicomponentes (Pentz, 1989; Bacham, 1990, Hansen y Graham, 1992; Tobler 1992, 1993,1997). Petraitis y colaboradores (1998) en (Castillo Manzano et al., 2009) realizaron una detenida revisión de 58 estudios longitudinales que, de una u otra forma, investigaban una amplia gama de factores predictores en el consumo de drogas.

Entre los factores de riesgo analizados en esta revisión se señalaron como más importantes: los sociales, los familiares, la influencia de los compañeros, los socioculturales, los valores y conductas distintas de las normales, los intrapersonales, los de personalidad y los estados emocionales.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En los hallazgos encontrados se observaron varios niveles en la relación existente entre éstos y los consumos de drogas. El nivel más coincidente o intenso en esta relación se dio en los factores como: la relación con los compañeros, los valores poco convencionales, el ser emocionalmente poco estable, las actitudes pro-consumo y la infravaloración de los riesgos que comportan las drogas.

También se observó cómo intervinieron, aunque con menor intensidad o en menor medida que los anteriores, los factores familiares y escolares.

A estos habría que añadir otros indicadores sociodemográficos observados en distintos estudios epidemiológicos (Hawkins, 1992; Navarro, 1995; Comas 1996; Elzo, 1996; Diez, 1998; Johnston 1998; Megías y Navarro, 1998; en Castillo Manzano et al 2009), tales como, el medio de residencia (rural-urbano), la clase social, el nivel educativo, la ocupación y los factores laborales.

Respecto a los factores de protección, en la literatura existente sobre este tema, la mayoría de los autores los han definido como aquellas variables (situaciones, actitudes, valores, etc.). Que contribuyen a prevenir, reducir o modular el consumo de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1992 en Castillo Manzano et al, 2009).

Los factores de riesgo y los factores de protección no son posiciones opuestas en un mismo continuo, sino dos realidades diferenciadas que interactúan entre sí (NIDA, 1997, en Castillo Manzano et al, 2009).

Por otra parte, tanto en la investigación como en la práctica, se comprueba cómo determinados individuos que están sometidos a ciertos factores de riesgo, no desarrollan una conducta drogodependiente. Esto se explicaría, suponiendo que en estos casos estarían interviniendo una serie de factores, que les protegerían y les harían menos vulnerables ante las drogas (Mathias, 1997; NIDA, 1997 en Castillo Manzano et al., 2009).

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Todo esto nos hace pensar, que es probable que exista un mecanismo de riesgo-protección, en el cual los factores de protección, de algún modo, interactúan sobre los factores de riesgo modulándolos en su relación de probabilidad respecto a los consumos de drogas (Brook y col., 1990 y 1998; Newcomb, 1992; Gordeon y Cohen, 1996), y ejerciendo una función protectora (Hawkins, 1992; Johnston y col., 1998 en Castillo Manzano, et al, 2009).

Si bien aún no pueden establecerse relaciones causales ciertas, sí es cierto que esta relación de probabilidad de descenso en los consumos, en presencia de determinados factores de protección, ha sido señalada y detectada por otros autores (Lin y col., 1986; Bukoski, 1995; Gordon y Plantz. 1996; Gorman, 1996, en Castillo Manzano et al, 2009).

Tras la revisión bibliográfica en modo de conclusiones sobre los factores de protección, se han ido definiendo una serie de factores con una función moduladora de los factores de riesgo, tales como los familiares y los algunos jóvenes por factores de protección puedes desencadenar riesgo para el inicio de consumo de sustancia y prácticas adictivas. Por las reglas de (Organización Mundial de la Salud, 1978) comportamiento que de asigna en su familia y entorno social.

2.15.1. Factores de riesgos y protección personales.

Partiremos de la conceptualización de factor de riesgo y de protección.

Factores de riesgo se define *“como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las misma (mantenimiento) y define un factor de protección*

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

“como un atributo o características individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las misma” (Clayton, 1992, en Castillo Manzano et al, 2012, p 49)

Estos tipos de factores remarcan las características internas de cada individuo, como son las formas de ser, sentirse y comportante. Para Laespada, las formas de cada sujeto son:

....asimile los cambios propios de la etapa de la adolescencia, así como las características individuales, las capacidades y formas de afrontamiento, los recursos, etc., determinará, por un lado, el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía, y por otro que actúen como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas) o como factores de protección (manteniendo alejado al adolescente de esta conducta de riesgo). (2004; Citado por Fernández Busto, 2010: 46)

Los principales factores de riesgo a nivel personal descritos como predictores del inicio de consumo de drogas en estos grupos con que son: la edad, el género, el estado de salud, el estado emocional, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, expectativas hacia el uso de la droga, etc.

Figura 7 Factores de riesgo y protección personales

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**



Fuente: Elaboración Propia del investigador

2.15.2. Características evolutivas de los Jóvenes.

La OMS plantea que a los 20 años es edad donde finaliza la adolescencia. En nuestro contexto muchos jóvenes se ven obligados a seguir siendo socialmente adolescentes hasta edades muy avanzadas, dado que no pueden acceder a las conductas que se consideran propias de los adultos, siguen dependiendo económicamente de estos y no tienen verdaderas responsabilidades sociales, laborales y familiares (Martínez, 2003; Pallares y Feixa, 2000, Fernández Busto, 2010).

Los cambios que viven el ser humano durante su ciclo de la vida, sean esto fisiológico, mentales, emocionales y sociales, son para algunos psicólogos las nuevas capacidades mentales son denominadas como capacidades formales o de abstracción y combinación. Estas capacidades les ayudan a los jóvenes a enfrentar situaciones y les conllevan a analizar críticamente a su familiar, el sistema educativo y la sociedad. En estos cambios propios de la edad y los adolescentes y jóvenes buscan su propias identidad e independencia.

Por los que adolescentes y jóvenes, es una etapa significativa en relación al consumo de sustancias, algunos investigadores han demostrado, que el consumo de drogas tiene su iniciación en edades tempranas, principalmente en los primeros años de adolescencia, (PNSD, 2008; Valles Lorente, 1996; Gómez-Reino y otros, 1995; Barca Lozano y otros, 1986; García Pinchado, 1992, en

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Fernández Busto, 2010) y predominan diferentes características propias de la edad que pueden conllevar al consumo problemático de sustancias y son más vulnerables para la influencias por los grupos que pueden conllevar a factores de riesgo

Para Arbex, Mora y Moreno (2002) los adolescentes y jóvenes tienen sus propias características que pueden conllevar al consumo de drogas tales como:

La necesidad de reafirmación: En esta característica el autor hace referencia que la formación de identidad es propia de la evolución de la edad, y tienen una tendencia de preocuparse en su imagen. Y para esa interiorización de identidad, ellos buscan refugio en grupos de amigos, los llevan a consumir alcohol en fiestas y otros tipos de drogas, para sentir los vínculos sociales entre su grupo de amigos.

Necesidad de trasgresión: El espacio de trasgresión para los adolescentes parece reducirse a muy pocos aspectos, uno de ellos es el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus tiempos y espacios de ocio (Arza y Zubillaga, 2000; Laespada y Pallares, 2001). Creen que están contraviniendo el orden social establecido y lo viven como un acto de provocación frente al mundo adulto y sus normas. (Fernández Busto, 2010).

Para otros investigadores, refieren que el rechazo a las actitudes y valores normalizado por la sociedad, y las actitudes positivas hacia el consumo, lo que puede transformarse es un factor de riesgo para el consumo de sustancias, es una de las muchas formas de trasgresión, por parte de los adolescentes y jóvenes.

La figura corporal: Esta característica es una de más visibles entre los adolescentes y jóvenes, ya están influenciados por medios de comunicación y la moda, y las nace el deseo de mejorar su figura corporal y su aspecto en cuanto a vestuario y para ellos es como reafirmar sus autoestimas, su identidad tanto

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

personal como social.

Necesidad de conformidad intra-grupal: El grupo de iguales, los amigos, les permite desarrollar actitudes, valores y estilos de vida propios y a la vez compartidos con personas de su elección (Vega, 2000, en Fernández Busto, 2010), logrando que se diluya la percepción de riesgo y la conciencia de responsabilidad, a la vez que le confiere una mayor seguridad y apoyo. Los grupos de iguales para los adolescentes y jóvenes suelen ser usado como refugio, para evadir problemas con los adultos.

Sensación de invulnerabilidad: Para Díaz Aguado (1996), la invulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes se da por dos razones, una de ellas es el egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones. Estas sensaciones pueden encaminar a la invulnerabilidad hacia los efectos perjudiciales de las drogas, porque se produce una distorsión cognitiva que les hace creer que las consecuencias negativas más probables de sus conductas de riesgo no pueden sucederles a ellos, porque ellos son especiales. Por otro lado, suelen ser poco receptivos a determinados mensajes de salud que les advierten del peligro de las drogas, ya que se sienten envueltos en una coraza personal que les protege de todos los peligros.

Rechazo a la ayuda del adulto: En la progresiva necesidad de autonomía que experimenta el adolescente y jóvenes le conlleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a situaciones y conductas de riesgo que pueden representar una amenaza para su desarrollo posterior Díaz Aguado (1996).

Susceptibilidad frente a las presiones del entorno: Los diferentes investigadores hacen referencia que los adolescentes y jóvenes son muy vulnerables a las campañas de publicidad que están diseñada para la iniciación y permanencia en el consumo de algunas drogas, porque les excita la curiosidad y descubrir nuevas sensaciones.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Necesidad de experimentación y búsqueda de sensaciones nuevas:

Para Nadal Alemany (2008) realiza un estudio en cuanto a la relación a la susceptibilidad a la adicción ha sido el de novelty-seeking, también denominado sensation-seeking, o la búsqueda de novedades, sensaciones o experiencias nuevas, variadas y en ocasiones arriesgadas o peligrosas, en cambio Laespada (2004, en Fernández Busto, 2010), refiere que en la necesidad de vivir nuevas sensaciones estimulantes fuerte y sobre todo conocer sus limitaciones.

2.15.2. Actitudes, creencias y valores.

Para Miguel y Novel (2004) los términos actitudes, creencias y valores por parte de la personalidad de cada persona o sea el “yo” que viene a influenciar y determinar las mayorías de las conductas de las personas que tiene hacia el mismo y hacia los demás. Esta afirmación es confirmada por Fishbein y Ajzen (1980), menciona que estos elementos son como por predictores fiables de las conductas de consumo.

La actitud como predictores hacia las drogas, para Fernández la actitudes significa.

....la organización de los sentimientos, de las creencias y de los valores, así como la predisposición de una persona para comportarse de una manera dada. Son un determinante muy importante en la orientación y adaptación del ser humano a su entorno social, dado que la actitud representa el aspecto psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, sentir y de emprender de una persona, al propio tiempo que ordena y da significado a su experiencia. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social, significa la existencia de una motivación y una actuación para aproximarse, alejarse o evitar el objeto social. (Fernández Busto, 2010, p 53)

Podemos concluir que la actitud es parte de la personalidad del cada

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

sujeto, y que pertenece al dominio de la motivación humana, como la forma de aprender valores o aprender el consumo de drogas.

Creencias para Novel y otros refieren que las creencias:

...implica la Interiorización de los valores, nociones e imágenes sobre la naturaleza del universo. El ser humano vive inmerso en un mundo de creencias, aunque tal vez no sea consciente de ello, debido a que están interiorizadas y forman parte de su mundo de ideas y pensamientos. Las creencias son esencialmente intangibles, no tienen por qué ser empíricamente comprobables; sin embargo, la constelación o sistema de creencias de un determinado grupo, sociedad o cultura se manifiesta y exterioriza en el comportamiento de los individuos (2005; en Fernández Busto, 2010, p 53)

Las creencias al igual que los valores, forman parte de nuestras actitudes y por ello rigen fenómenos tan diversos como son el prejuicio social y la religión.

Los valores son definidos como el entender como:

El criterio o juicios a través de los cuales, en una sociedad concreta, se establece aquello que es destacable o no; representan el fundamento de las normas por las que esa sociedad se rige y, sobre todo, la base a partir de la cual se aceptan o se rechazan todos aquellos elementos que no están previstos en la cultura de un determinado grupo. Resulta así evidente que los valores tienden a la preservación, a asegurar la estabilidad de la cultura de una sociedad, aunque ciertamente, en determinados momentos, un conflicto entre valores discordantes puede llevar a la revisión e, incluso, al cambio de las categorías culturales (Megías, 2000; en Fernández Busto, 2010, p 52).

La combinación de estos tres elementos actitud, creencias y valores,

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

poder ser un enlace para la iniciación del consumo de drogas, cuando los jóvenes tiende a usarlos para experimentar nuevas sensaciones.

Habilidades o recursos sociales

Las habilidades sociales para Fernández es un “conjunto de variables que ha despertado gran interés en relaciones a los individuos que incurren en conductas desviadas, especialmente en la etapa de la adolescencia “. (2010:58). Sabemos que la adolescencia y juventud es la iniciación al mundo social, lo que viene aumentar las dificultades en el área de habilidades sociales. Es ahí que las drogas pueden ser usadas como un medio para la adquisición de conductas desviadas a los que esperan la familia y la sociedad de los adolescentes y jóvenes.

Autoconcepto y autoestima

El autoconcepto lo podemos definir de nuestra forma de ver nuestro entorno, muestra imagen y nuestras vivencias. Y sobre todos múltiples sensaciones y situaciones que influyen en nuestra formación de nuestro carácter. Para Shavelson, autoconcepto de define

....como la percepción que cada uno tiene de sí mismo, que se forma a partir de las experiencias y las relaciones con el entorno, en las que las personas significativas desempeñan un papel importante”. Y la autoestima es el grado de autoestima viene determinado, por un lado, por la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida, y por otro, por la relación entre la imagen que cada uno tiene de sí y la que le gustaría para sí en términos de imagen ideal. El sentimiento de autoestima será mayor en la medida en que la distancia entre la imagen real (como me veo a mí mismo) y la imagen ideal (como me gustaría ser), sea menor. (1978; En Fernández Busto, 2010, pp 60-61)

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Partimos que autoconcepto y autoestimas son concepto dinámico y que están estrechamente relacionado, ya que este viene sufriendo modificaciones a largo de la vida, pero es importante que en la etapa de la adolescencia es crucial para la formación de estos conceptos, ya que cuando estos conceptos están bien formados favorece el bienestar social y psicológico del adolescente y jóvenes, encontramos un equilibrio en la salud mental y física.

Autores como Kaplan en 1996, Simons, Conger y otros 1998, han apuntado que una autoestima baja, una pobre autovaloración, son la base fundamental para crear conductas desviada, ya que la baja autoestima, conlleva al sujeto a tener sentimiento de impotencia para enfrentar situaciones o problemas, lo que le viene a provocar frustraciones, esto caer en las drogas para disminuir la sensación de impotencia y aliviar la percepción de negatividad y utilizarla para evitar enfrentarla.

Otras investigaciones realizadas para ver la relación entre autoconcepto-autoestima y el consumo de droga, demuestra que, *“una persona con un autoconcepto positivo y una autoestima elevada, tiene menos vulnerabilidad ante situaciones de riesgo o individuos influyentes, que las que carecen de este rasgo psicológico”*. (Espada y otros, 2008; Moreno, 2009; Musitu y Herrero, 2004, Fernández Busto, 2010, p 61).

En cambio, para Cava, Mungui y Musitu los adolescentes con elevado concepto y valoración de sí mismo en el ámbito de las relaciones sociales y que se consideran competentes socialmente y que tiene facilidad para hacer amigos, son lo que presentan mayor consumo de sustancias. Vemos que esta aseveración de Cava, Mungui y Musitu son contradictorio al argumento inicial donde se considera la autoestima como factor protección, lo que viene a obligar a replantarse algunos aspectos relacionados con el consumo de drogas. Y considerar que las relaciones se atribuyan no sólo a la influencia de grupo, sino también a las expectativas propias y las motivaciones sobre el consumo de los

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

adolescentes y jóvenes. (2008).

Estrés e impulsividad

El consumo de drogas y su relación con el estrés han sido objeto de estudio, Lo que ha venido a evidenciar que el estado depresivo, la ansiedad y la depresión, pueden causar cambio y desencadenar cambios conductuales y ser un puente para la iniciación del consumo de drogas. Para Jessor y Jessor, (1977), afirma que la persona que privados de recursos personales y psicosociales para hacer frente y superarlos de otra forma, tendrían más probabilidades de consumir drogas.

Para Nadal (2008, en Fernández busto, 2010), el estrés es un factor asociado a la conducta adictiva, y siendo adolescentes y juventud vienen acompañada de estrés vital, los que para ellos implica unas series de actuaciones, retos y nuevas obligaciones que son propios de los cambios biológicos y físico de la pubertad y con fluctuaciones en funcionamiento emocional, cognitivo y social. También interfieren las presiones académica, la imagen corporal, el desarrollo de identidad sexual, la autonomía de sus padres y madres , la aceptación de padre de grupo, entre otras situaciones propias de las edad (Calvete y Estévez, 2009, en Fernández Busto, 2010)., lo que forman parte de la aceptación de parte de los adolescentes y jóvenes, para integrar el mundo de los adultos, lo que conlleva a un malestar psicológico con la aparición de problemas de ansiedad, estrés y lo que viene a relacionar la aparición de problemas de conductas (Laespada et al, 2004, en Fernández Busto, 2010). Para Wills (1986, En Fernández Busto, 2010) el estrés vital asociado a todas estas situaciones puede conllevar a factores de riesgo para el consumo de drogas.

En cuanto a la impulsividad, está vinculada con la necesidad del sujeto de obtener una satisfacción gratuita. Para Vallés Lorente (1996) la impulsividad el “no pararse a pensar” es la otra cara del autocontrol., Para Laespada para demostrar la gratificación implica una capacidad para pensar en el futuro y

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

renunciar a lo inmediato. (2004, Fernández, 2010). Y el autocontrol se puede definir como, *“la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos”* (Fernández, 2010 Busto, p 65). Por tanto el autocontrol está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará unos sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan (Vallés Lorente 1996, en Fernández, 2010 Busto, p 65).

Podemos concluir que la diferencia entre el autocontrol le lleva a pensar y rechazar comportamiento, que le pueden conllevar a consecuencias negativas a largo plazo pero también ese control les permitirá planificar objetivos y determinar estrategia y el cambio la impulsividad se fundamenta en la gratificación y la necesidad de sensaciones nueva, que pueden representar conducta de riesgo con llevar al consumo de drogas.

Resiliencia

Desde la niñez a la adultez se viven en situaciones vitales muy estresantes y en factores que condicionan al ser humano, como la pobreza, la falta de apego entre vínculo materno filial, con familiar disfuncionales, con padres o familiares que consumen droga, difícil acceso al sistema educativo, fracaso escolar y con ellos la ausencia de proyectos de vida, la baja autoestima, y la misma situación de pobreza con lleva la desilusión antes las expectativas presente y futura, todo esto puede conllevar a situaciones negativas de la vida, lo que consideran como riesgo psicosocial.

Para Cardozo y Alderete (2009) *“la resistencia frente a la adversidad y la capacidad para construir conductas vitales positivas, de modo de alcanzar niveles de calidad de vida adecuados, es lo que conoce con el nombre de resiliencia”* (Fernández Busto, 2010, p 66).

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Diferentes estudios relacionados con la resiliencia, plantean la importancia de tener en cuenta las características propias del ciclo evolutivo, por lo que la adolescencia y la juventud, sufre diferentes cambios y transformaciones, que le exige a los sujetos a una búsqueda de socialización como también atrás forma de socialización y con ello lograr la construcción y fortalecimiento de su identidad personal y social. En esta incesante búsqueda puede conllevar a conducta de riesgo y al consumo de droga.

Para diferentes investigadores han venido tratado de relacionando los factores de riesgo y protección, tales como:

Según Becoña y otros (2006), el constructo de resiliencia se relaciona con los factores de riesgo y protección (Cardozo y Alderete, 2009; Munist & Suárez Ojeda, 2007), o puede considerarse el gran macrofactor de protección que englobaría a todos los demás, como a veces se ha indicado (Morrison et al., 2000). Pero la resiliencia puede verse también como una estrategia de afrontamiento, dimensión de afrontamiento, como habilidad de solución de problemas y autorregulación, bien como contribuyendo a la competencia de afrontamiento, como la autonomía, la inteligencia y la competencia social (Becoña, 2002, en Fernández, 2010 Busto, p 67).

Otros investigadores como Cardozo y Alderete (2009), consideran que el impacto que causan tanto los factores de riesgo y protección sobre los sujetos en los diferentes ciclos de la vida, lo que es un desafío para las intervenciones relacionada a la resiliencia, en la búsqueda no solo en la interioridad de los sujetos, de su entorno. Pero principalmente fundamentar sus intervenciones en las condiciones de vulnerabilidad social.

2.15.3. Factores de riesgo y protección interpersonales o relacionales.

Diferentes investigaciones han venido estudiando en entorno donde el

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

sujeto de interrelacionan, los que vienen ser una influencia para el inicio y mantenimiento en el consumo de drogas. Los contextos principales son la familia, los amigos y la escuela y la universidad.

Edad y Sexo

Diferentes investigaciones han determinado la edad como factor de riesgo, para el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de drogas y que el inicio de consumo de entre los 13 y 15 años principalmente (Elzo, 1992; en Castillo Manzano et al, 2012).

En cuanto a la relación de sexo con las drogas, en diferentes investigaciones lo han tenido en cuenta como un factor al ahora de determinar sus influencias en el consumo deferencial entre varones y mujeres, y hay llegado a la conclusión similares que indican que no existen diferencia significativa en cuanto al sexo de los sujetos de los sujetos al comparar grupos de consumidores y no consumidores. (Castillo Manzano et al, 2012).

Para Castillo Manzano et al, este argumento, borra la idea que existe vulnerabilidad genética determinada por el factor sexual que dirijan a los sujetos hacia el uso o hacia las abstinencias de las drogas, también refiere que las diferencias del sexo con respecto al consumo de drogas vendrían definida a través de otros condicionantes como de índole ambientales o contextual. En este análisis realizado solo determinaron la diferencia entre el sexo con respecto al tipo de drogas y cantidad consumida, la que va estar en dependencia de la aceptación social. (2012).

Otro estudio realizado por Mirón., Serrano., Godás y Rodríguez (1997) encontró en sus resultados que los jóvenes que consumen drogas ilegales participan menos en actividades religiosa y las mujeres consumidoras piensan que sus creencias religiosas tienen poco impacto sobre sus conductas En la actualidad el consumo de drogas entre hombre y mujeres son similares, y en cuanto a la percepción del riesgo del consumo ambos llegan a tener el mismo.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En cambio, López, Martín y Martín (1998) refieren que al mismo tiempo el sujeto que consume drogas ilegales y no consume alcohol o lo consumen esporádicamente, tienen una mayor inclinación religiosa.

2.15.4. Contexto familiar y su relación con las drogas

Se considera la familia como el principal elemento para el inicio de la socialización, y en donde se fomenta la educación y formación de lo individuo, con el objetivo de desarrollar capacidades y autonomía, y puedan ser capaces de enfrentarse e integrarse en la vida. Para muchos investigadores han venido relacionando la familia y el inicio del consumo de drogas entre los adolescentes y jóvenes.

Investigadores como Seldin, el cual realizó una revisión de investigaciones relacionadas a la familia del adicto, lo que encuentra una alta incidencia de familia de origen quebrantadas, bien fuese por divorcio, separaciones o una patente hostilidad entre los padres y los matrimonios de adictos repetían la dinámica de su familia de origen. (1972, en Ugarte Díaz, s, f)

Para Becoña (2002), refiere que el consumo de drogas tiene *“como base un proceso de socialización en que influyen de forma destacada la familia, ya que es el ambiente que se adquieren determinados tipos de creencias, valores y hábitos que condicionarán más adelante la probabilidad de consumo de consumo”*. (Velázquez, 2004, p 68).

Sabemos que la familia es un pilar fundamental para el desarrollo de factores protectores y factores de riesgos, hacia el consumo de drogas. Para muchos investigadores, han demostrado una serie de aspectos familiares, que han venido siendo el trampolín para ser parte de los factores de riesgo hacia el consumo de drogas, estos aspectos son específicamente la estructura familiar y composición familiar, situaciones de riesgo familiar; las actitudes y conductas familiares hacia el consumo, las relaciones efectivas y comunicación entre

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

padres e hijos, y las prácticas educativas ejercidas por las parentales y la disciplina familiar. (Velázquez, 2004; Carballo y otros, 2004; Espada, 2008; Fernández-Hermida y Secades, 2003; González y otros 2004; Jessor y otros, 2006; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Muñoz-Rivas y otros, 2006; Pons y Borjano, 1999).

Para Secades y Fernández existen cinco factores de riesgo familiar relacionados con la: convivencia y la relación entre los padres y los hijos: el tipo de estilo educativo parenteral, la existencia de destacados conflictos familiares, las actitudes parenterales hacia el consumo de drogas, la calidad de los lazos efectivos entre los padres y los hijos y sol estilos de comunicación familiar

2.16. Teorías del consumo de drogas

En este apartado describiremos algunas teorías que explican el fenómeno del consumo de droga.

Sabes que el consumo de drogas es multicausal y que depende de las características del ser humano, la sustancia los patrones de consumo y el ambiente. Diferentes científicos y psicólogo han venido buscando repuesta del por qué el consumo de drogas, temáticas que se abordarán el este apartado, desde la perspectiva, adictiva, social, psicológica y económica.

Para Pons y Berjano, destacan algunos adolescentes y jóvenes carezcan de habilidades sociales adecuadas y el consumo de drogas sea como el camino alternativo para satisfacer esa habilidad y necesidad emocional y afiliación social. Y el consumo de drogas sea como un plus para adquirir confianza en poder tener confianza en sí mismo para realizar actividades sociales e integrante entre grupos de iguales. También es usada para enfrentar los problemas de la vida continuada y esta medida el consumo de drogas va hacer en base las situaciones sociales que se les presentes. (1999).

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En análisis de programas de intervención en consumo de drogas, han demostrado que para que la intervención sea efectiva, tiene que integrar las actividades de entrenamiento en habilidades sociales y esto permitirá el rechazo de las oferta de drogas. (Calafat, y otros 1995; Luengo, 1999; Suelves, 1998; Suelves, 2001., García y Graña, 2003)

Es importante que en los programas de prevención del abuso de sustancias incluyen integren componentes de entrenamiento en asertividad y otras habilidades sociales (García y Graña, 2003; Luengo, 1999; NIDA, 1997; Suelves, 1997), ya que se ha demostrado que los fortalecimientos de estas habilidades contribuirían a mejorar la resistencia de los adolescentes jóvenes a la presión del grupo de iguales para consumir drogas (Botvin, 2000; en Fernández Busto, 2010). Algunos investigadores han calificado el comportamiento asertivo como un factor de protección hacia el abuso de drogas y pone en discusiones la idea de la presión de los grupos para el consumo de sustancias, ya que la adquisición de estas habilidades sociales favorece al rechazo de la presión de grupos de iguales.

Pero también es importante destacar que una de las principales formadoras de estas habilidades es el entorno familiar, porque es donde se inicia la educación en valores y la educación para la prevención de riesgo ya que la familia es uno de los principales factores de protección para el consumo de drogas.

2.16.1. Teoría del pensamiento adictivo.

La teoría del pensamiento adictivo (P. A) fue presentada por el Sedlak en 1985, la que describe como *“La inhabilidad de una persona en tomar decisiones sanas por el bien propio”* (Sedlak, 1985, p 146).

Sedlak, refiere que los adictos realizan un mecanismo defensa, para justificar su adicción, como las siguientes:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- Recuperación.
- Negación.
- Racionalización.
- Proyección.
- Minimización.

Lo que para el adicto es su verdad, cuando el adicto es trata, la eliminación progresiva de estas distorsiones de la realidad permite un mejoramiento en la recuperación.

El autor insiste en que esa única forma de desorden del P.A. no afecta a otros modos de razonamiento. Así una persona que desarrolla desorden en el pensamiento, puede ser inteligente, intuitiva, persuasiva, capaz de razonar filosófica y científicamente. Una de peculiaridades del pensamiento adictivo es la incapacidad de razonar consigo mismo.

En cambio, para Abraham J. Twerski, el pensamiento (2000, p 1) adictivo es un proceso donde intervienes diferentes emociones como las siguientes: Comienza con una carga emocional que provoca incomodidad a la persona.

- La persona trata de eliminar esta incomodidad a través de racionalizar este estado y busca una solución.
- Esta solución está fuera de su alcance, por lo tanto, le provoca frustración.
- La frustración se le manifiesta a la persona como: culpa, dolor, miedo o ira.
- Estas emociones le provocan un desagrado que llega a ser insoportable y al tratar de acallarlo, se busca la evasión a través del consumo de una sustancia adictiva.

También refieres que existen tres elementos fundamentales en el

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

pensamiento adictivo son; la negación, la racionalidad y la proyección. En tratamiento de las adicciones, la eliminación de estos términos es la clave para la recuperación del adicto.

Negación

La negación, en la conducta adictiva implica muchas mentiras, la negación en el pensamiento adictivo no significa mentir, “*es una distorsión intencional y consciente de los hechos o un ocultamiento de la verdad*” (Twerski, 2000, p 1), la negación del pensador adicto no es ni consciente ni intencional, ya que es posible que crea sinceramente que está diciendo la verdad.

Por tanto, la negación, como la racionalidad y la proyección son mecanismos inconscientes. La negación es usada como una defensa, para evitar los estigmas sociales, puede pensar que su adicción indica una debilidad de su personalidad o una degeneración social, puede pensar que le aterra no poder recurrir de nuevo al alcohol o a otras drogas y no aceptar el concepto de impotencia y falta de control.

La racionalización.

La racionalización significa dar “buenas” razones en lugar de la razón verdadera. Al igual que la negación esta defensa no es exclusiva de las personas que dependen de drogas, aunque el adicto puede ser muy adeptos ella. Twerski, afirma, que la racionalización significa dar razones buenas, es decir, probables, lo que no implica que todas las racionalizaciones sean buenas razones, y que algunas puedan ser sandías y al mismo tiempo sonar razonable. También refiere que la racionalización desvía la atención de las razones verdaderas, y no solo la atención de los demás sino también del adicto. Podemos concluir que negociación y racionalización, son un proceso inconsciente de adicto que no sabe que está racionalizando.

La proyección.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

La proyección para Twerski significa “culpar a otros de cosas de las que en realidad somos culpables nosotros mismos. La proyección cumple con dos funciones:

- Refuerza la negación.
- “No soy alcohólica. Ella me hace beber.
- “Si tuviera a mi jefe, también tu recurrirías a los fármacos”
- Ayuda a proteger el statu quo.
- “¿Por qué tengo que cambiar? Yo no soy el que tiene la culpa. Cuando los demás hagan los cambios adecuados no necesitar beber ni consumir drogas”

El uso se de acusar o responsabilizar a los demás de su adicción, evita la responsabilidad de cambiar. Podemos concluir que la interacción entre estos tres elementos como son la negación, la racionalización y proyección, es parte de la inadaptación del adicto y que tiene que ser considerada cada una de ellas, en el proceso de rehabilitación.

2.16.2. El aprendizaje de los comportamientos

Entendemos por conducta o comportamiento como “*la actividad global de un organismo que hace posible la adaptación a su medio específico y le proporciona control e independencia frente a dicho medio*” (VV. AA, 1989, en Rodríguez, 2010, p 1), Por tanto, podemos decir que conducta no es simplemente lo que hacemos, sino lo que hacemos en relación con el medio donde nos desarrollamos.

Para Badura y Walters en 1982 propone la teoría del aprendizaje social, el cual es un modelo teórico con el mejor fundamentado teórico y empíricamente. En él se basa la mayor parte de las intervenciones efectivas en el campo de prevención de conductas de riesgo.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREMCHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Esta teoría se enmarca en dos tipos de aprendizaje el cognitivo y conductual, el aprendizaje cognitivo reconoce que los factores psicológicos son importantes influencias en las conductas de las personas, en cambio el aprendizaje conductual reconoce que el entorno las personas es la causa de que éstas se comporten de una forma determinada, como resultado de la interacción entre en sujeto y el entorno.

Basado en estos dos aprendizajes cognitivo y conductual, el aprendizaje social propone que existen combinaciones de los factores del entorno (social) y psicológicos que influyen en la conducta. Del cual se derivan tres elementos relacionados con las conductas.

Figura 8 Teoría del Aprendizaje Social.



Fuente: Elaboración propia del investigador

La teoría del aprendizaje social señala tres elementos para que las persona aprendan y modelen su comportamiento: retención, hace referencia a recordar lo que individuo ha observado, reproducción (habilidad de imitar la conducta observadas) y motivación (estimulación) para querer adoptar esa conducta.

2.16.3. Teoría del aprendizaje

Los consumos de sustancias psicoactivas producen un abanico de respuestas aprendidas, las que han sido abordadas anteriormente. Por ser esta

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

teoría es una de las principales que se utilizan en el ámbito de la drogodependencia, ya que es una teoría psicológica fundamentada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo de conducta.

La teoría cognitiva social del aprendizaje cimentada por Bandura, la cual considera que el funcionamiento humano donde se expón en lineamiento de un modelo de reciprocidad triada, donde están interaccionando la conducta, variables ambientales y factores personales como las cogniciones. El cual explica la relación entre la adquisición, mantenimiento y cambios de la conducta.

La construcción del aprendizaje está fundamentando en actividades del procesamiento de la información, donde el conocimiento se trata cognoscitivamente con representación simbólica que sirve de lineamiento para la acción. Para Fernández Busto el aprendizaje es

...acto ocurre mediante ejecuciones reales y en forma vicaria al observar modelos". Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona (2010, p 104)

En este modelo en cuanto al comportamiento esencial en la teoría cognoscitiva social la se fundamenta en importantes funciones tales como:

Facilitación de la respuesta: esta función remarca que los impulsos sociales que crean satisfacción para que los observadores reproduzcan las acciones.

Inhibición y desinhibición: inhibición se presenta cuando el observador al ver el modelo es castigado por realizar ciertas acciones, detiene o evita que este se comporte de esa manera. Desinhibición es lo contrario de ese

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

comportamiento, el observador si no percibe ningún castigo probablemente imite la conducta observada.

Aprendizaje por observación: sucede al presentarse nuevos comportamientos que antes de la exposición de las conductas modeladas no ocurrirían aún de mucha motivación. Consta de cuatro (4) procesos: atención, retención (memoria), producción (ejecución) y motivación (Fernández, 2010).

Otro autor como Becoña (1999) refiere que esta teoría nos ofrece el poder de conceptualización del problema de la dependencia a las diferentes sustancias, donde requiere considerar los diferentes factores que conllevan al inicio, mantenimiento, como al abandono de las sustancias. Las diferentes teorías hacen referencia al comportamiento humano y su relación con el consumo de drogas, como la teoría del condicionamiento clásico, el cual que las teorías de Bandura se relacionan con la conducta.

2.16.4. El condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico, también llamado condicionamiento pavloviano, condicionamiento respondiente, o modelo estímulo-respuesta (E-R), es un tipo de aprendizaje asociativo que fue demostrado por primera vez por Iván Pávlov.

El interés inicial de Pavlov era estudiar la fisiología digestiva, lo cual hizo en perros y le valió un premio Nobel en 1904. En el proceso, diseñó el esquema del condicionamiento clásico a partir de sus observaciones:

En----->Rn

EI----->RI

Ambas líneas del esquema muestran relaciones no condicionales o no aprendidas. La primera representa la relación entre un estímulo, que aunque evoca la respuesta típica de la especie ante él (por ejemplo orientarse hacia la

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

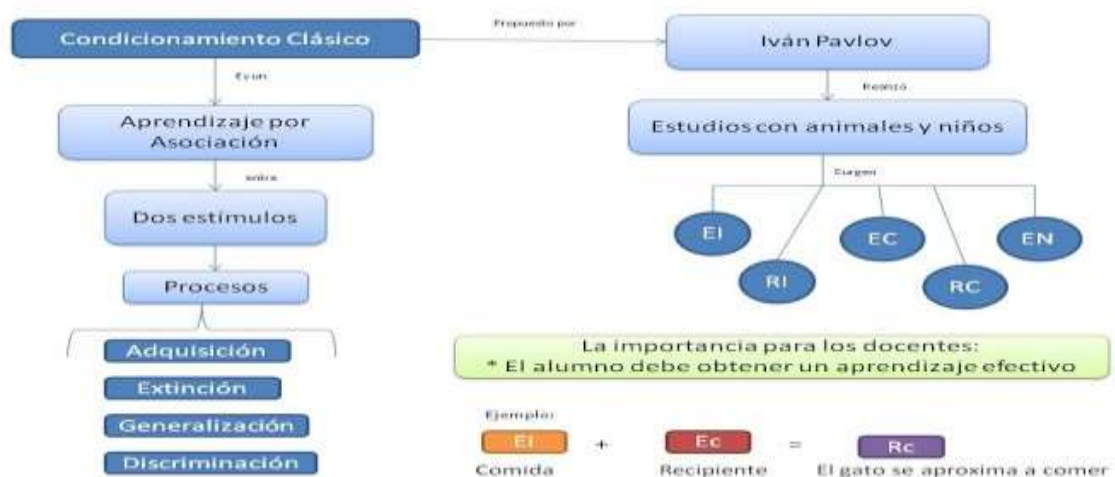
fuente de un sonido), podemos considerar como neutral respecto a la respuesta que estamos intentando condicionar (por ejemplo la salivación). La segunda línea representa la relación natural, no aprendida o incondicional entre otro estímulo (EI = Estímulo incondicional o natural) y la respuesta a éste (RI = Respuesta incondicional). Los perros salivan (RI) naturalmente ante la presencia de comida (EI).

EC----->RC

EI -----> RI

El condicionamiento clásico propuesto por Pavlov en 1927, el cual define como “Los fenómenos de la tolerancia, síndrome de privación y deseo incontenible de conseguir la droga”. Esta teoría afirma que existen estímulos naturales incondicionados, que desencadenan respuestas incondicionadas en animales y humanos. Para Pavlov los estímulos naturales incondicionado, con lleva a otro estímulo denominado estímulo condicionado y si este se repite varias veces, se produce un proceso de aprendizaje que desencadena las respuestas condicionada.

Esquema 10 Teoría de Pavlov Condicionamiento clásico



Fuente: Teoría de Pavlov Condicionamiento clásico, 1927

Entre los seguidores Pavlov está Wikler (1965), que fue el primero en

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

establecer las base para una teoría del condicionamiento en las drogas, basado en postulado de Pavlov, ya que observo que los individuos que habían sido adictos a los opiáceos, que ocasiones se observan señales de un síndrome de abstinencias, y meses más tardes de haberse administrado la última dosis. Estos síntomas se observaban en las secciones de terapias de grupo, cuando los pacientes hablaban de sus experiencias anteriores con las drogas, donde se pueden observaban bostezo, lágrimas al hablar del temas y en muchos al ser dado de alta para el regreso a casa, experimentarían una gran preocupación y un aumento del deseo al pasar por los lugares relacionado con el consumo de drogas.

2.16.5. La teoría de la conducta Problema

Jessor y Jessor en 1992, establecen el concepto de “síndrome de desviación” para designar aquel conjunto de comportamientos que están socialmente definidos como problemáticos y que generan, por lo tanto, algún tipo de respuesta de control social (consumo de drogas, delincuencias, conductas sexuales de riesgo.....) (Jessor, R. (1992); en Rodríguez, 2010, p 19).

Esta teoría hace referencia a que la conducta, sea desviada o sea conforme a las normas sociales. Es el resultado de la interacción entre factores personales y factores del contexto próximo, interacción que tiene lugar, como lienzo de fondo, en un contexto más amplio donde operan unos factores sociodemográficos (estructura familiar, ocupación y educación de los padres) y unos factores de socialización (ideología parental, ambiente familiar)

Para Jessor y Jessor los dos factores principales se denominan sistema de personalidad y sistema de ambiente percibido, la cual está constituida por diferentes variables que favorecen las conductas problemas y otros pueden favorecer las conductas de conformidad social. Dentro del sistema de personalidad se incluyen tres variables principales como son: **Estructura motivacional**, la que hace referencia al valor que el individuo concede al

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

rendimiento académico o a la independencia; **La estructura de creencias personales**, se refiere a las creencias sobre la sociedad o uno mismo, a la autoestima, al inconformismo o al lugar de control; **La actitud específicas hacia la desviación**.

En cuanto al sistema de ambiente percibido se incluyen dos tipos de variables; una distal donde se encuentra el apoyo o el control percibido por el adolescente por parte de sus padres y de los amigos y otra proximal como la prevalencia y la aceptación de conducta problema dentro de los contextos donde se desenvuelve el sujeto.

A partir de este modelo, se favorece la conducta problema si:

- La independencia de los padres es una motivación importante, si se valora poco el rendimiento académico o si tiene bajas expectativas de éxito en éste.
- El sujeto mantiene una actitud crítica frente a la sociedad, su autoestima es baja y no percibe la relación entre conducta convencional y recompensa o entre conducta desviada y castigo.
- El sujeto mantiene una actitud de tolerancia hacia la desviación.
- El sujeto está más influido en su conducta por los amigos que por los padres.
- El sujeto se relaciona con contextos donde se refuerzan las conductas desviadas.

Esta teoría tiene un modelo complejo, integral y compatible con los enunciados de la Teoría del Aprendizaje Social. De igual forma se incluyen numerosos factores de riesgo y protección. Hace relevancia al contexto socioeconómico como un condicionante de la aparición de las conductas desviadas. De igual forma esta teoría o modelo de conducta problema da inicio a otro que se enfoca en la responsabilidad del individuo y sus condicionantes

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

internos y se integra en el grupo de aquellos que buscan las explicaciones en la interacción entre individuo y contexto

2.15.6. Teorías del apego social

Modelo integrador de Elliot y otros.

La teoría de Elliot, Huizinga y Ageton (1985) se centra en la disparidad entre las metas de los individuos y los medios o recursos de que se dispone para conseguirla. Elliot plantea que cuando la sociedad no proporciona los recursos necesarios para lograr las metas que ellas proponen como es éxito, estatutos y el poder económico, puede contribuir a reacciones de comportamiento desviado. De igual forma este modelo integra los procesos de aprendizaje dentro del entorno y grupo cercanos (familia, escuela y grupos de amigos).

En cambio, la teoría de control social de Hirshci (1969; en Fernández, 2010 Busto, p 106), la cual afirma que la conducta problema *aparece cuando no existe una vinculación estrecha con la sociedad y no asimilan sus valores, lo que puede hacer que el individuo tenga que transgredir sus normas.*

Todos los elementos de esta teoría tienen que ser tomado en cuenta para poder explicar el consumo de drogas, los que se ven relaciono por la disparidad entre los recursos disponibles y las metas sociales, la falta de valores tradicionales y la adquisición de comportamiento a través de las personas de referencia más adyacente al sujeto. Para Elliot existen tres factores que pueden conllevar al individuo a que no se vincule al mundo convencional.

Tensión entre metas y medios. Esta tensión puede vivirse en la familia y en la escuela. Por ejemplo, si el adolescente carece de oportunidades para logra una adecuada relación con los padres o para lograr éxito académico, su vinculación a estos medios será baja.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Desorganización social. Si el adolescente pertenece a vecindarios conflictivos, con escasos lazos comunitarios y dificultades económicas, se implicará escasamente con las instituciones.

Fallos en la socialización por parte de la familia y escuela, lo que favorecerá la falta de apego del adolescente.

Para Eliot refiere que para que se dé conducta desviada (consumo de sustancias) es necesario que los jóvenes tengan contacto con grupos de iguales (generalmente el grupo de amigos), ya estos pueden que refuercen y le induzcan a consumir drogas.

2.16.7. Modelo del Desarrollo social de Hawkins y Weiss (1985).

El modelo propuesto por Hawkins y Weiss denominado modelo del desarrollo social (MDS), intenta establecerse como una teoría del “comportamiento o conducta humana”, por lo que se fundamenta en la teoría de la conducta de carácter antisocial y prosocial., el objetivo principal de este modelo es poder explicar el inicio, mantenimiento o el cese de los comportamientos con previa identificación de los diferentes elementos que influyen dentro del ciclo vital, donde se encuentran los factores de riesgo y protección (Brown, Catalano, Fleming, Haggerty, Abbott, Cortes y Park, 2005, Farmington, 2011; en; Torres y Valera,2013).

Las bases del MDS, se fundamenta en diferentes teorías tales como:

En campo de la criminología que también han contribuido a la etiología del comportamiento antisocial (Catalano y Hawkins, 1996).

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1982), para subrayar la existencia de factores que propician o ponen fin a distintos comportamientos, por medio de la influencia de personas o entornos sociales significativos para el

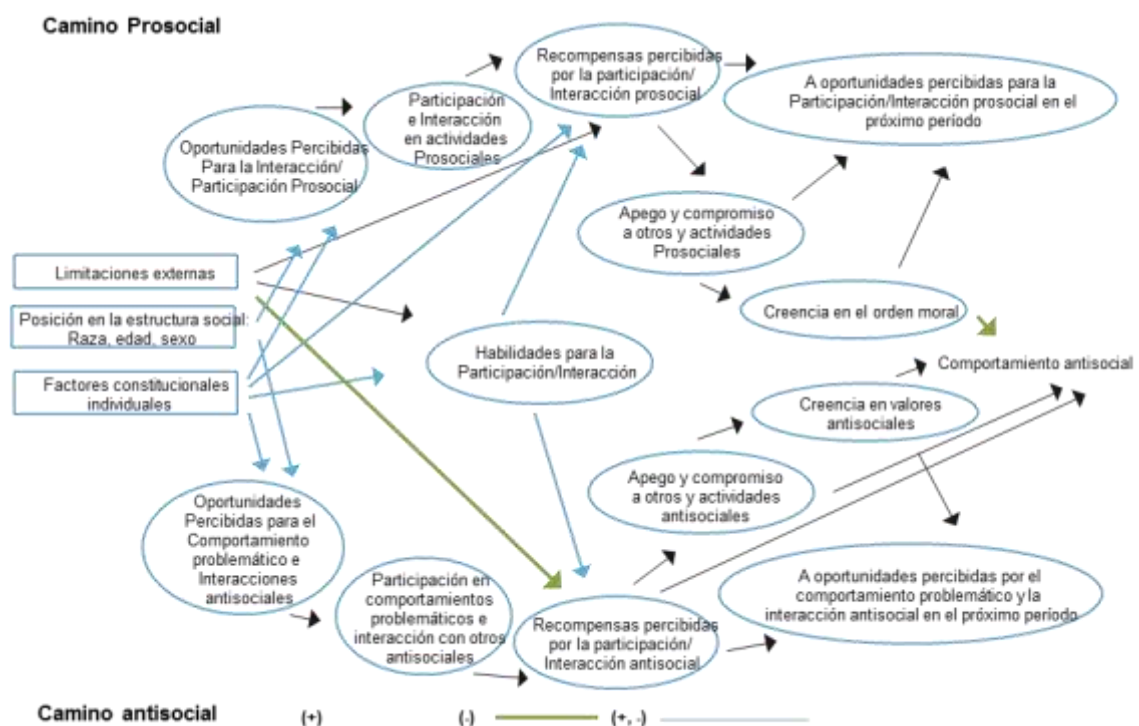
ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

individuo.

La teoría del control social (Hirschi, 1969), la cual identifica factores causales del comportamiento antisocial.

La teoría de asociación diferencial (Sutherland, 1973) aporta herramientas para distinguir el desarrollo del comportamiento antisocial y prosocial como procesos separados y paralelos (García-Pablos de Molina, 2003; Bynum y Thompson, 2007, Torres y Valera 2013)

Esquema 11 Modelo de desarrollo social



Fuente: Catalano Hawkins, 1996 (p.159). Traducción Fundación Paz Ciudadana

Las integraciones de estas teorías, son lleva a pensar que los jóvenes

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

siempre van estar expuesto a diferentes influencias tanto interna como externa.

Para Sullivan y Hirschfield refiere que las influencias internas se encuentran los factores de origen biológicos, o factores constitucionales tales como: las características individuales, temperamento, las competencias sociales, el reconocimiento emocional y las habilidades cognitivas. (2011).

Las influencias externas son los aquellos elementos que se encuentran presente en al ambiente y el contexto donde los jóvenes se encuentran que pueden intervenir en comportamiento estos ambientes son: el barrio, la universidad, la familia y los grupos de pares (Catalano y Hawkins, 1996)

Para Becoñas (2002; en Fernández Busto, 2010) esta teoría parte de dos corrientes principales tales como:

Los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas. Claramente esta asunción está derivada de la teoría del aprendizaje social. Además, las experiencias proporcionan información empírica que sirven para las acciones futuras. Esto se basa en la teoría de la asociación diferencial.

Existe un consenso normativo en la sociedad o lo que es lo mismo, unas «reglas del juego».

Las diferentes corrientes de este modelo, remarcan que los procesos que conllevan al desarrollo de conductas prosociales son análogos para el desarrollo de conductas antisociales y desviadas y ambas dependen de la relación que se establezca con el entorno. También se enfoca que para la adquisición de conducta prosocial en dentro del nivel social, familia, escolar y religiosa que va resultar el comportamiento prosocial y en cambio el comportamiento antisocial y

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

se encuentra con un fuerte lazo con el entorno social donde los individuos se desenvuelvan, y aparecerá el comportamiento antisocial en que se encuentra el consumo de sustancias o drogas.

2.16.8. TEORIAS INTERPERSONALES.

El modelo de ecologías social de Kumpfer y Turner (1990-1991)

Este modelo hace una relación entre el consumo experimental de drogas y el estrés general y sobre todo en el estrés de espacios educativo formales. Y refiere en un bajo nivel de autoeficacias académicas, relación con los pares desviados y la experimentación en el consumo de drogas, como una forma de enfrentarse ante el estrés lo que conlleva a un ambiente hostil.

Teoría del Autorrechazo por Kaplan (1996).

La teoría del autorrechazo, se incluyen como parte de la teoría psicológica interpersonal, el modelo de Kalplan elabora un modelo explicativo d la conducta desviada aplicable al consumo de drogas apoyándose en el concepto de autoestima. Este modelo explica que, en la búsqueda de los jóvenes de aceptación y aprobación para sus conductas, las cuales tienen que llenar la visión de los padres, profesores y personar importantes. Los jóvenes consideran que pierden al afecto de las personas significativas y experimentan un malestar psicológico que deben resolver, sentimiento de auto rechazo y respuesta correctiva y compensatoria.

Es importante que las adolescentes y jóvenes encuentren el modo de volarse a sí mismo y así encontrara que los demás lo valoren. Para Kaplan refiere que, aunque no se encuentre la aceptación de sí mismo, aunque se aplique las conductas convencionales, puede conllevar a actividades no convencionales de tipo desviado. Y nace el sentimiento de autorrechazo que siente son adolescentes y jóvenes, y surge la conducta desviada, lo que lleva a las

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

búsquedas de apoyo en otros desviados, lo que aumentan las expectativas para adecuarse a las conductas desviadas de ellos para poder satisfacer sus necesidades de afecto y económica.

Para Kaplan para que se dé la conducta desviada va depender de diversos factores, tales como:

- Visibilidad de esas conductas en el entorno del sujeto: se consumirían drogas si, por ejemplo, las drogas están accesibles y si ese comportamiento es más frecuente en el grupo desviado que otros tipos de conductas.
- Compatibilidad de la conducta con los roles asumidos y aceptados por el sujeto: así, si el rol es de masculinidad, el individuo optará por conductas que le permitan expresar dicho papel.
- Estilo de afrontamiento: si el adolescente reacciona ante una situación problemática con negación, abandono o de manera negativa, probablemente aparecerán conducta de consumo de drogas ya que facilitan el escape u evitación.

En esta teoría de autorrechazo el consumo de drogas juega un papel importante adolescentes y el joven, puede usarla como un medio descepe ante situaciones negativas, ya que ellos pueden experimentar una sensación de amortiguación ante malestares emocionales, que producen el autorrechazo.

2.16.9. Modelo de afrontamiento del estrés.

El modelo de afrontamiento del estrés (MAE), proviene de la medicina conductual y centra en las competencias y el afrontamiento y se basa en dos pilares:

La primera defiende el abuso de sustancias como una consecuencia del déficit en las habilidades de afrontamiento que son relevantes para una gran variedad

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

de estresores. De esta manera, el uso de drogas es un mecanismo de afrontamiento ya que: (a) disminuye la presencia de estados afectivos negativos cuando los usuarios están ansiosos o sobre activados y/o, (b) incrementa el humor positivo cuando están cansados o deprimidos. Asimismo, se reconoce la mediación de procesos cognitivos, fisiológicos y propios de la respuesta de estrés que pueden intervenir entre la ocurrencia del evento potencialmente estresante y la emisión de la reacción adversa, distinguiendo entre dos tipos de habilidades de afrontamiento: (a) respuestas genéricas que son útiles para hacer frente a una gran variedad de estresores (ej., estresores diarios o crónicos) y, (b) respuestas específicas para hacer frente al consumo de drogas (ej., presión de los iguales). (Wills y Schiffman, 1985).

Podemos decir que los mecanismos de adaptación conductuales y cognitivo va depender de la capacidad de afrontar los problemas y su capacidad de resolverlo, fusionando sus estrategias internas y su capacidad de mejorar sus malestares emocionales, esta forma lograr encarar las situaciones de estrés social.

2.16.10. Teoría multietápica del aprendizaje social. (Simons, Conger y Withbeck. 1988).

La teoría desarrollada por Simons, Conger y Withbeck denomina teoría multietápica del aprendizaje social, se centra en autoestima y características de competencias psicosociales, donde se integran factores interpersonales la integración del entorno familiar y grupos de iguales. En esta teoría retoma el planteamiento de aprendizaje social y reconoce la importancia de los modelos y procesos de reforzamiento, principalmente en los grupos de iguales o amigos. Este modelo pretende explicar cómo los factores son el camino que lleva a adolescente y jóvenes a unirse a grupos de consumidores de drogas.

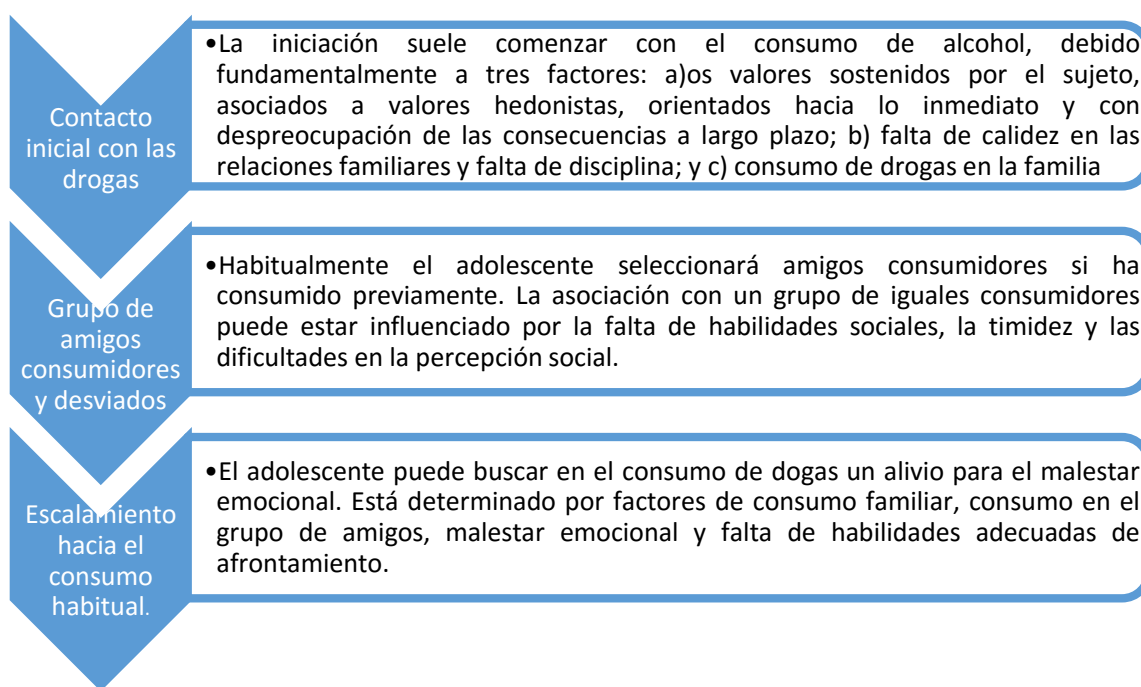
Para Fernández Busto esta teoría remarca que los factores y mecanismo que implican en la iniciación en el consumo pueden ser diferente a los que

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

conllevan al escalamiento y mantenimiento del consumo. Y donde los factores personales juegan un papel importante en dicho consumo como es la autovaloración, el malestar emocional (en este podemos encontrar ansiedad, tensión, ánimo depresivo), las habilidades de afrontamiento, las habilidades sociales y un sistema de valores orientado al presente y que tienen gran importancia en el momento de involucración en el consumo, desempeñando un papel crucial en la predicción del consumo de drogas (2010).

Para Simons et al, (1988), proponen tres etapas para explicar la implicación en el consumo.

Esquema 12 Etapas de inicio de consumo de drogas de Simons, Conger y Withbeck.



Fuente: adaptación propia de la teoría de Teoría multietápica del aprendizaje social. (Simons, Conger y Withbeck. 1988).

Esta teoría fundamenta nuestra intención de integrar La EpS en el currículo universitario, ya que las intervenciones de prevención se enfocan al desarrollo de competencia personales y psicosociales para la adquisición de estrategia de afrontamiento de emociones y para las situaciones problemáticas, y así evitar la

inicias, y manteniendo del consumo.



MARCO METODOLÓGICO



CAPITULO 3: PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3ª PARTE: MARCO METODOLÓGICO

**CAPÍTULO III: PLANTAMIENTO Y DISEÑO DE LA
INVESTIGACIÓN.**

Como hemos venido planteando a lo largo de la primera parte de este trabajo, en Nicaragua, en los últimos años han venido en aumento, en consumo de drogas en el alumnado, siendo esta situación un problema de salud pública y social, diferentes actores tienen que unir esfuerzo para luchar sobre esta problemática de salud y social.

Lo que viene a fundamentar la necesidad de investigación de esta problemática, que, con resultados concreto, se pueden realizar propuesta de cambio, principalmente en el currículo del sistema educativo superior.

Sabemos que dentro de nuestro marco legislativo es prohibido el consumo de sustancias ilícitas, sobre todo de la penalidad de la misma. No podemos cerrar los ojos ante esta problemática.

Por lo que consideramos importante recordar nuestro objetivo de investigación, aunque al comienzo de este trabajo exista un apartado específico de su descripción, nos resulta interesante marcar el desarrollo de la investigación que pretendemos:

El objetivo general que nos hemos planteado:

Analizar el consumo de sustancias adictivas en el medio educativo universitario.

Determinar la necesidad de integración curricular de la educación para la salud en la UNAN- Managua, Nicaragua.

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

Objetivo específico

Categorizar los perfiles de los jóvenes universitarios con relación a los distintos consumos y establecer posibles diferencias entre género.

Conocer las percepciones que tienen los jóvenes universitarios sobre el consumo de drogas,

Conocer el comportamiento y actitud de los jóvenes universitario hacia el consumo de drogas.

Identificar los factores de riesgo y protección influyen en consumo o no consumo de drogas.

Valorar la importancia de incorporar en el currículo de la universidad, la educación para la salud.

Para ello, nos hemos planteado la necesidad de llevar a cabo un trabajo de investigación exploratorio, que nos acerque a esta realidad para poder describirla y posteriormente, planificar acciones de integración en currículo educativo superior.

Exponemos a continuación la base metodológica como la que hemos trabajado y los diferentes pasos que se han seguido para acercarnos a una realidad que a priori nos era desconocida.

3.1. Tipo de Investigación

Desde que nacemos hay un deseo que es común para todo ser humano, éste es el deseo de conocer, investigar aquello que nos es desconocido. Podemos afirmar que investigar es esforzarse por conocer aquello que nos resulta ajeno. No obstante, seremos más precisos para definir con un mayor rigor

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

y exactitud lo que significa investigar en la actualidad.

Cuando hablamos de investigación científica, mencionamos el proceso que realizamos para alcanzar una finalidad, el conocimiento científico, considerando a éste un conocimiento objetivo y verdadero para que pueda ser utilizado posteriormente por la comunidad científica, para realizar una práctica transformadora en la sociedad.

La Investigación nace gracias a la curiosidad innata del hombre, es decir a la actividad del hombre orienta a descubrir algo desconocido, en conocer cómo y porqué surgen las cosas. Esto conllevó a investigar para buscar soluciones a los problemas, dificultades y/o necesidades que existan en la población en estudio.

Para Castillo Manzano et al, no toda investigación es investigación científica social, y depende del autor, se puede definir de una forma u otra. Expresión que la fundamenta basado en Sierra Bravo (1989) que define la investigación social *“como un proceso de aplicación del método y técnicas científicas a situaciones y problemas concretos en el área de la realidad social para buscar respuestas a ellos y obtener nuevos conocimientos”*. Para Ander Egg (1978), la define como *“ el proceso que, utilizando la metodología científica, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social”*.

La investigación social *“es una actividad organizada y orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación y desde una perspectiva científica”*. Citando a Dendaluce (1995, p 9), al hablar de investigación hacemos referencia al procedimiento o conjunto de procedimientos cuya finalidad es: *“Mejorar nuestras teorías sobre nuestro campo de interés con sistemas cada vez más coherentes de conceptos y relaciones, y con generalizaciones a niveles progresivamente más amplios”*.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

La investigación en nuestros días lleva asociada una serie de connotaciones que vinculan esta actividad con un conjunto de actitudes, procedimientos rigurosos y sistemáticos que conceden a los resultados ciertas dosis de validez.

Para López Noguero (2002, p 11) la investigación es entendida como: *“una actividad reflexiva, sistemática y, en cierta medida, controlada cuya finalidad consiste en descubrir e interpretar hechos y fenómenos en un determinado contexto real, así como la posibilidad de establecer relaciones y derivar de ellos leyes de amplia validez”*.

Podemos determinar qué investigación que para que una investigación se social, su campo de estudio tiene que ser la sociedad o una problemática social. Para López Noguero y Pozo Llorente (2002) definen diferentes características de la investigación social:

Se trata de un proceso formado por un conjunto de fases de actuaciones sucesivas, con el fin de descubrir la verdad en el campo social.

Su finalidad debe ser buscar respuestas o explicaciones a problemas cuyas etiologías desconocemos, o bien, ampliar el conocimiento que tengamos de un área social. Exige una aplicación rigurosa del método y técnicas científicas. Debe referirse a problemas concretos: precisos, específicos y reales.

Concluimos reflexionando que cada investigación usa estrategias empíricas que considera más idónea para su proceso de indagación. Para Pérez Serrano (1994), es como diseñar una estrategia de actuación sin un modelo conceptual previo nos llevaría a una dudosa interpretación y posterior análisis y, posiblemente, imprecisa. Por lo que es considera la metodología como el “mapa con una ruta a seguir”, podemos decir que como un organigrama organizado de con un conjunto de actividades a seguir durante el proceso de investigación.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Cada proceso de investigación requiere de una adecuación metodológica en consonancia con el objeto a investigar, de tal manera que el método juega un papel fundamental en cualquier investigación, puesto que es el procedimiento a través del cual se sistematiza y analiza la información recogida. Para López y Barajas (1996; Castillo Manzano 2012, p 125), refiere que es el “*método de investigación es considerado como el camino que vamos a seguir para profundizar en el conocimiento de la educación. Así pues, la metodología de la investigación es el instrumento que utilizamos en cada caso*”.

Ya definido la investigación social, continuaremos exponiendo los paradigmas que existen, para evitar equivocaciones en la selección del método más adecuado para el procedimiento específico.

3.2. Paradigmas y metodología de Investigación

Toda investigación social es abordada desde un punto de vista metodológico, desarrollando modelos conceptuales o paradigmas que representan distintas perspectivas desde donde explicar la realidad social objeto de estudio. Por ello, es fundamental estudiar las distintas corrientes metodológicas o paradigmáticas, para determinar aquella que mejor encuadre nuestra investigación. Sin perder la perspectiva de que “*la investigación contribuye a elaborar y reelaborar el conocimiento profesional, con independencia de las perspectivas epistemológicas y metodológicas bajo las que se afronte*” (Pérez Serrano, 2000, p 21).

Según Arnal (1996, en Martínez Gimeno, 2013), tres son los paradigmas de investigación en el ámbito de las Ciencias Sociales:

- Positivista (racionalista, cuantitativo), que pretende explicar y predecir hechos a partir de relaciones causa-efecto.
- Interpretativo o hermenéutico (naturalista, cualitativo), que pretende
- comprender e interpretar la realidad, los significados y las intenciones de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

los sujetos.

- Sociocrítico, que pretende ser motor de cambio y transformación social.

Analizando el proceso que sigamos es particular de cada investigador, realizándolo con cierta flexibilidad, ya que como hemos indicado con anterioridad, el método científico encierra una gran cantidad de enfoques.

Sin embargo, hay aspectos que son cambiantes, como es el enfoque paradigmático que orienta los diferentes modelos o fases.

Si bien el concepto de paradigma admite pluralidad de significados y diferentes usos, aquí nos referiremos a un conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo "compartida" por un grupo de científicos que implica una metodología determinada. El paradigma es un esquema teórico, o una vía de percepción y comprensión del mundo, que un grupo de científicos ha adoptado.

En este epígrafe es necesario aclarar el concepto de paradigma. Tradicionalmente el tema de los paradigmas y su correspondiente debate se ha tratado dicotómicamente: metodología cuantitativa versus cualitativa; explicar frente a comprender; conocimiento nomotético frente a conocimiento ideográfico; investigación positivista frente a investigación humanística.

Cuando Alvira (1982, p 34) acomete la tarea de hablar de paradigmas concluye como: *“el conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo compartida por un grupo de científicos que implica, específicamente, una metodología determinada”*.

Por su parte, López Noguero (2002, p 58) considera que un paradigma es *“la expresión del modo que un determinado momento tiene una comunidad científica que implica, específicamente, una metodología determinada”*.

También Kuhn (1987) ha realizado una clarificación sobre los mismos,

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

exponiendo que un paradigma es la teoría que predomina en una comunidad científica en un momento histórico concreto y en relación a una ciencia particular.

Siguiendo con lo propuesto por Kuhn (1970; en Muñoz Díaz, 2013, p 254), considera al paradigma como *“realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”*. De igual forma, establece que *“un paradigma es lo que los miembros de una comunidad científica y solo ellos comparten”*.

De la misma manera, para Popkewitz (1988), la idea de paradigma llama la atención por el hecho de que la ciencia contempla diferentes concepciones, costumbres y tradiciones que constituyen reglas de juego orientando la labor investigadora. En este mismo orden de ideas Castillo y Gento (1995, p 27) lo definen como *“el marco de referencia ideológico o contexto conceptual que utilizamos para interpretar una realidad”*. Martínez (1991 en Muñoz Díaz, 2013) concibe la noción de paradigma como el cuerpo de creencias, presupuestos, reglas y procedimientos que definen como hay que hacer ciencia; serían los modelos de acción para la búsqueda del conocimiento.

Así, el paradigma vendría a ser una estructura constituida por una red de creencias teóricas y metodológicas (patrones o reglas operativas) entrelazadas que permiten la selección, evaluación y crítica de temas, problemas y métodos.

En nuestro caso, consideramos el paradigma como un planteamiento o una estructura constituida por un marco teórico conceptual y unas creencias metodológicas compartidas por una comunidad científica, que orienta la actividad investigadora de un grupo de científicos determinado en un momento concreto.

Respecto a las Ciencias Sociales y Ciencias de la Educación, se observa que existen diferentes formas o tendencias teóricas y metodológicas para

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

abordar o explicar una realidad; por lo tanto, es innegable la coexistencia de distintas formas específicas para hacer ciencia, asociándolas con tres amplios paradigmas, convirtiéndose en tres grandes marcos de referencia para todas las investigaciones educativas.

Un paradigma es un sistema conceptual representado por un conjunto de supuestos acerca de los fenómenos que examina o indaga (metodología) y explica (teoría). Los paradigmas no acometen describir la realidad y por eso sus descripciones no son convenientemente ni verdaderas ni falsas, sino que sólo procuran ser útiles para representar, comprender y explicar los fenómenos.

Incluyen supuestos fisiológicos, epistemológicos y metodológicos, que permanecen generalmente de manera oculta (implícitos) en el quehacer investigativo. Entendiendo por supuesto a un conjunto de proposiciones incontrastable, aceptadas como verdaderas por convención o establecidas por la práctica, como pilares o fundamentos de una estructura teórica o conceptual.

Kuhn (1987) afirma que los paradigmas son “[...] realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”. Utilizando las orientaciones similares, Sabariego (2004, p 66) afirma sobre el concepto de paradigma que: “[...] se utiliza ampliamente para referirse a las diferentes aproximaciones a la investigación, con el propósito de clarificar y ofrecer soluciones a los retos que actualmente plantea la educación”.

Para Carr y Kemmis (1986), desde el vértice de la teoría crítica de la enseñanza, establecen también tres posturas paradigmáticas a partir de la relación entre teoría y práctica: positivismo, interpretativo y sociocrítico. Si bien, la terminología para denominar a los paradigmas es amplia, hablaremos de los tres tipos de paradigmas determinados por Carr y Kemmis como categorías que recogen y clarifican mejor el sentido de las perspectivas de investigación.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En primer lugar, nos situamos ante el *Paradigma Positivista*, también denominado “*paradigma cuantitativo*”, “*empírico-analítico*”, “*racionalista*”, es el paradigma dominante en algunas comunidades científicas, relacionándose con el empirismo y el positivismo con autores como Comte, Mill, Popper o Durkheim (Muñoz Díaz 2013).

El positivismo es una escuela filosófica que defiende determinados supuestos sobre la concepción del mundo y del modo de conocerlo, que se puede sintetizar en los siguientes elementos:

El mundo natural tiene existencia propia, independientemente de quien estudia.

Está gobernado por leyes que permiten explicar, predecir y controlar los fenómenos del mundo natural y pueden ser descubiertas y descritas de manos objetiva y libre de valor por los investigadores con métodos adecuados.

El objetivo que se obtiene se considera objetivo y factual, se basa en la experiencia y es válido para todos los tiempos y lugares, con independencia de quien lo descubre.

Utiliza la vía hipotético-deductiva como lógica metodológica válida para todas las ciencias.

Defiende la existencia de cierto grado de uniformidad y orden en la naturaleza.

En el ámbito educativo, la aspiración es hallar las leyes por las cuales se rigen los fenómenos educativos, que lleven a elaborar las teorías que orienten la acción educativa.

En segundo lugar, el paradigma que se ha utilizado con mayor frecuencia es el *Interpretativo*, que se le ha conocido también como “*paradigma cualitativo*”, “*fenomenológico*”, “*naturalista*”, “*humanista*” o “*etnográfico*”. Se centra en el

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social en un contexto determinado. Tiene su origen en los trabajos y reflexiones de autores como Dilthey, Rickert, Schutz o Weber; en Castillo Manzano, et al 2009)

Este paradigma intenta sustituir las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significado y acción. Busca la objetividad en el ámbito de los significados utilizando como criterio de evidencia el acuerdo intersubjetivo en el contexto educativo.

Desde esta perspectiva se cuestiona que el comportamiento de los sujetos este gobernado por leyes generales y caracterizado por regularidades subyacentes. Los investigadores de orientación interpretativa se centran en la descripción y comprensión de lo que es único y particular del sujeto más que en lo generalizable. Lo que pretenden es:

- Desarrollar conocimiento ideográfico.
- La realidad es dinámica, múltiple y holística.
- Cuestionar la existencia de una realidad externa y valiosa para ser analizada.

Este paradigma se centra, dentro de la realidad educativa, en comprenderla desde los significados de las personas implicadas y estudia sus creencias, intenciones, motivaciones y otras características del proceso educativo no observables directamente ni susceptibles de experimentación.

Para Carr y Kemmis (1988), desde el vértice de la teoría crítica de la enseñanza, es un intento de hacer aflorar desde dentro del sujeto la construcción de significados que permitan la retroalimentación, los rasgos relativos al entorno. La experiencia del investigador es un aspecto al que hay que prestarle atención, la aprehensión inteligente de las cualidades del contexto le da el sentido. La

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

forma de representar los hallazgos es a través de la utilización de un lenguaje (discurso) preposicional, que se construye con aserciones y el cual disminuye los rasgos afectivos y personales.

En este mismo sentido, otros autores hablan de que, en el paradigma interpretativo, se “pretende sustituir las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significado y acción.” Su finalidad no es buscar explicaciones casuales de la vida social y humana, sino profundizar el conocimiento y comprensión del porqué de una realidad. El propósito dentro de esta postura es revelar el significado de las cosas, mediante la articulación sistemática de las estructuras de significado subjetivo, que indican las maneras de actuar de los individuos; es decir, la objetividad de las cosas se logra por acuerdos intersubjetivos.

Finalmente, un tercer paradigma, denominado *Sociocrítico*, nace como alternativa al reduccionismo positivista y al conservadurismo del paradigma interpretativo. Lo podemos posicionar como un lugar intermedio entre dos posiciones que se han mantenido irreconciliables a pesar del debate existente.

Este paradigma tiene como objetivo el análisis de las transformaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas. Popkewitz (1988, p 75) señala que algunos de sus principios son:

- Conocer y comprender la realidad como praxis.
- Unir teoría y práctica: conocimiento, acción y valores.
- Orientar el conocimiento a emancipar y liberar al hombre.
- Implicar al docente a partir de la autorreflexión.

El enfoque sociocrítico estima que ni la ciencia ni la investigación son neutrales, incorporando así un elemento ideológico de manera explícita; sino que responden a un determinado modo de entender el mundo, el hombre y las

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

relaciones entre ambos. Tiene como objetivo el análisis de las transformaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas lo que implica la generación de propuestas de cambio, es decir, construir una teoría a partir de las reflexiones de la praxis, como análisis crítico del hacer.

Para finalizar con esta caracterización paradigmática, la siguiente tabla recoge una síntesis de las principales notas definitorias de cada uno de los paradigmas expuestos en las líneas precedentes y tomando en consideración la clasificación de Paradigmas de Investigación Educativa (Koetting, 1984:296; citada Pedrero García, 2012) puede ser la siguiente:

Tabla 5 Características de los paradigmas de investigación

DIMENSIÓN	POSITIVISTA	INTERPRETATIVO	CRITICO
Intereses	Explicar, controlar, predecir	Comprender, interpretar (comprensión mutua compartida)	Emancipar, criticar e identificar el potencial para el cambio
Ontología (Naturaleza de la realidad)	Objetiva, estática, dada, singular, única, tangible, fragmentable, convergente	Dinámica, divergente,	Construida, holística, compartida, dinámica, divergente
Relación Sujeto - Objeto	Independiente, neutral, libre de valores. No se afectan. Investigador externo. Sujeto como "objeto" de investigación	Dependencia. Se afectan. Implicación investigador. Interrelación, relación influida por factores subjetivos	Interrelacionados. Relación influida por el fuerte compromiso para el cambio. El investigador es un sujeto mas
Propósito: Generalización	Generalizaciones libres de contexto y tiempo, leyes, explicaciones (nomotéticas): Deductivas Cuantitativas Centradas sobre semejanzas	Hipótesis de trabajo en contexto y tiempo dado, explicaciones ideográficas, inductivas, cualitativas, centradas sobre diferencias	Lo mismo que el interpretativo
Explicación: Causalidad	Causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas	Interacción de factores	
Axiología (papel de los valores)	Investigador libre de valores. Neutros. Métodos es garantía de objetividad.	Valores dados. Influyen en la selección del problema, teoría, método y análisis. Explícitos. Influyen	Valores dados. Crítica de ideología. Compartidos. Ideología compartida.
Fundamentos	Positivista lógico. Empirismo	Fenomenología. Teoría interpretativa	Teoría crítica
Finalidad de la investigación	Explicar, predecir, controlar los fenómenos, verificar teorías. Leyes para regular los fenómenos	Comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, percepciones, intenciones, acciones	Identificar potencial de cambio, Emancipación de los sujetos. Analizar la realidad
Teoría - practica	Disociadas, Constituyen entidades distintas. La teoría, forma para la practica	Relacionadas. Retroalimentación mutua	Indisociables. Relación dialéctica. La práctica es teoría en acción
Criterios	Validez, objetividad, fiabilidad,	Credibilidad, confirmación.	Intersubjetividad, Validez consensuada

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Finalidad de la investigación	Explicar, predecir, controlar los fenómenos, verificar teorías. Leyes para regular los fenómenos	Comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, percepciones, intenciones,	Identificar potencial de cambio, emancipación de los sujetos. Analizar la realidad
Teoría - practica	Disociadas, Constituyen entidades distintas. La teoría, forma para la practica	Relacionadas. Retroalimentación mutua	Indisociables. Relación dialéctica. La práctica es teoría en acción
Criterios de calidad	Validez, fiabilidad, objetividad	Credibilidad, confirmación, transferibilidad	Intersubjetividad, Validez consensuada
Técnicas: Instrumentos y estrategias	Cuantitativos. Medición de este, cuestionarios, observación sistemática.	Cualitativo, descriptivos. Investigador principal instrumento. Perspectivas participantes	Estudio de casos. Técnicas dialécticas
Análisis de datos	Cuantitativo: Estadística descriptiva e inferencial	Cualitativo: Inducción, analítica, triangulación	Intersubjetivo. Dialéctico

Fuente: Dimensiones de los paradigmas de Investigación Educativa (Koetting, 1984, p 296).

Tradicionalmente, como ya hemos adelantado, los defensores de los paradigmas positivista e interpretativo han estado enfrentados entre sí considerando que la realidad únicamente podía ser estudiada desde la perspectiva adoptada por cada uno de ellos.

Nosotros hemos venido posesionándonos, en la defensa de una concepción de investigación social y educativa, más abierta, participativa y asequible al alumnado, basada en la resolución del problema planteado desde su propia realidad de la problemática y su entorno.

Con esta visión, se emprende esta investigación, que definimos como exploratoria descriptiva, en función de su nivel, propósito y diseño metodológico. El nivel de una investigación hace referencia al grado de profundidad como se

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

aborda un fenómeno como objeto de estudio. Se define, por tanto, este trabajo como investigación exploratoria, en tanto en cuanto la entenderemos como aquella que:

Se efectúa, (...) cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el programa de estudio. (...) Esta clase de estudios son comunes en la investigación del comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información. (Hernández y otros, 2003: 117).

Siguiendo esta misma línea del autor, los estudios exploratorios son utilizados para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación completa, investigar problemas de comportamiento humano, establece prioridades para investigaciones posteriores o seguir postulados verificables. Justificamos nuestra elección sobre el consumo de drogas y educación para la salud, sobre todo en la comunidad universitaria, específicamente en la UNAN- FAREM Chontales.

Este tipo de investigación de acuerdo con Sellriz, Mahoda, Duetsch y Cook (1980), puede ser:

Dirigidas a la formulación más precisa de un problema de investigación; dado que se carece de información suficiente y de conocimiento previo del objeto de estudio, resulta lógico que la formulación inicial del problema sea imprecisa.

Conducente al planteamiento de una hipótesis: cuando se desconoce el objeto de estudio, resulta difícil formular hipótesis acerca del mismo. La función de la investigación exploraría es descubrir las bases y recabar información que permita cuando resultado del estudio, la formulación de una hipótesis.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En cuanto a los objetivos de la investigación, Echavarría (1983) identifican cuatro tipos de métodos. Descriptivo, explicativo, predictivo o experimentales.

Se corresponde el objeto de este trabajo con la descripción de fenómenos y, por lo tanto, con la identificación de aspectos relevantes de la realidad. En esta línea, se encuadra dentro de la metodología descriptiva, que según Dankhe (1986), es la que:

(...) busca especificar las propiedades importantes de personas grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. (...) la descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito. (Dankhe 1986, citado por Hernández et al, 1998, p 60, en Gimeno Martínez, 2013, p 204).

El objetivo del método descriptivo se centra, por tanto, en la obtención de un registro del fenómeno tal y como aparece en determinados contextos. Para Hayman (1969, p 92), *“consiste en descubrir y evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo”*, lo que supone un referente básico para la construcción del conocimiento científicos. En palabras de Mateo Andrés (2009, p 1; en Muñoz Díaz, 2013)

La investigación en su forma más elemental trata sobre la descripción de fenómenos naturales o debidos a la acción del hombre, así analizar su forma, acción, cambios producidos por el paso del tiempo, similitudes con otros, etc., ha constituido a lo largo de la historia el primer paso para conocer de forma sistemática la realidad y debe ser considerada como de vital importancia en los procesos de construcción del conocimiento, está sin duda en la base de muchos logros científicos (267).

Como ya he señalado, el objeto de esta investigación consiste en llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes sobre el consumo de drogas del alumnado y la EpS en currículo universitario, a través de la descripción exacta

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

de actividades y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

En un primer momento, partimos del supuesto de que la principal causa de consumo, se debe a la falta del currículum educativo la educación para la salud, con la temática de drogas, el cual necesita actualizarse para mejorar la formación integral de alumnado. De esta manera, no tenemos más opción que acudir a los que en la literatura especializada se conoce como el análisis de necesidades.

Al respecto, conviene saber que ello significa partir de un modelo que tienen implicaciones a varios niveles, pero que la principal consiste en considerar que los contenidos de una posible acción formación integral de alumnado, debe diseñar y realizarse partiendo de las motivaciones y las carencias del alumnado al que han de dirigirse. Para ello, hemos de valernos del conocimiento práctico de su puesta en marcha en los contextos concretos donde han de desarrollarse.

Pero también entendemos que, no sólo las carencias deben suponerse como elemento del que se ha partir en nuestra investigación. Se hace, además, necesario conocer las valoraciones que existen sobre los distintos tópicos que nuclea la acción social y educativa en su ámbito de formación, que tienen destinatarios.

Desde estos supuestos generales, merece la pena que expliquemos lo que vamos a entender por necesidades estudio del consumo de drogas por alumnado y la necesidad de la integración al currículum educativo la EpS, pero antes es conveniente que conozcamos algunas concepciones sobre necesidades que podemos encontrar en la literatura especializada.

Para Zabalza (1989), unas necesidades vienen determinada por la discrepancia entre la forma en cómo son las cosas realmente y la forma en que las cosas deberían ser, podrían ser o nos gustaría que fueran, mientras que

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Álvarez y Sánchez (1991) la define como un estado de carencias que puede percibir o manifestar un grupo humano determinado.

En cambio, Suárez (1990) señala que la mayoría de los estudios realizados sobre análisis de necesidades se han hecho basándose en alguno de los tres grupos de definiciones siguientes:

La más ampliamente utilizada es la de que es una discrepancia, fue introducida por Kauffman (1972, citado por Pérez Serrano 2002) y sugiere que las necesidades son áreas en las que el nivel actual es menor que el deseado: ideales, normas, preferencias, expectativas y percepciones de lo que debería ser.

Otra definición de necesidades es la de preferencia o deseo no se requiere determinar una discrepancia, sino determinar las percepciones sobre las necesidades de los sujetos o grupos seleccionados para el estudio.

Un concepto más restringido y menos usual de necesidades para realizar un proceso de evaluación de las mismas, es el de deficiencia. Se dice que existe una necesidad si las ausencias o deficiencia en el área del interés son perjudicial. En este caso la dificultad está en determinar el punto en el que se puede decir que existe una deficiencia o nivel mínimo satisfactorio.

En esta investigación queremos dejar claro desde el principio que las acciones de consumo del alumnado y la necesidad de integración de la EpS en el currículo universitario, que a posteriores deben ser diseñadas considerando la necesidad que expresan nuestros destinatarios en relación a su carencia en currículo educativo la EpS en la universidad específicamente en la UNAN-FAREM – Chontales. Desde este planteamiento, consideramos que las necesidades de estudiar y dar respuesta a las necesidades o problemáticas sociales. Esta investigación por lo menos dos concepciones expresadas por Suárez, por un lado, del grupo de estudio que las consideran como discrepancias

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

y por otro, el grupo las considera como carencias.

En estas síntesis podemos señalar las fases generales a seguir en el diseño de una investigación de carácter descriptivo. Para, Van Dalen y Meyer (1979) proponen las siguientes.

- Identificación del problema.
- Formulación de las premisas de partida.
- Enunciado de los supuestos en que éstas se basan.
- Elección de temas y fuentes apropiadas.
- Selección y elaboración de técnicas de recolección de datos.
- Establecimientos de categorías precisas.
- Verificación de la valides de las técnicas empleadas.
- Descripción, análisis e interpretación de los datos.

Pero el valor fundamental en la investigación descriptiva es el relativo a la medida, valides y fiabilidad. De acuerdo con Blalock (1971), medir consiste en establecer la conexión entre conceptos abstractos y sus propiedades a través de indicadores empíricos de tipo numérico.

Continuando en esta misma línea, la propuesta realizada por Cook y Reichardt (2005), hemos seleccionado el paradigma cuantitativo, ya que esta técnica nos ofrecía las siguientes ventajas.

- Busca hechos y causa del fenómeno social que se investiga.
- Los objetivos se miden desde una perspectiva externa.
- Es generalizable en los resultados en casos múltiples.

Después de todo lo expuesto, podemos afirmar que ningún método tiene patente de exclusividad al hacer investigación científica o ciencia, o entender por tal lo que se hace al adoptar una perspectiva.

En la actualidad, se entiende que hay distintas formas de hacer ciencia,

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

pasando a segundo plano la controversia entre paradigmas, dado que su esterilidad ha sido demostrada ampliamente.

Entendemos que hay distintas formas de hacer ciencia que llevan a la explicación comprensiva y a la comprensión explicativa de los fenómenos que son objeto de estudio. Ambas perspectivas son necesarias, ambas pueden funcionar conjunta y complementariamente.

A este respecto, Kaplan (1985, p 63) afirma que la clave está en “*hacer las cosas tan bien como se pueda según la naturaleza del problema y el nivel concreto del conocimiento y de la tecnología*”.

Cook y Reichardt (1886) defienden en su obra que la preocupación debería estar en dar una *explicación comprensiva* y realizar una *comprensión explicativa* de los fenómenos. Esta idea implica tomar la opción más coherente y rigurosa en cada momento, atendiendo a los objetivos y propósitos de la investigación. En cada fase del estudio debemos reflexionar sobre los fines y cuál es el método o estrategia más idónea para generar conocimiento científico. Es decir, si buscamos *explicar* (enfoque cuantitativo), *comprender* (enfoque cualitativo) o, incluso, contribuir a *cambiar* la realidad (teoría crítica) (Colás y Buendía, 1994).

Obviamente, la investigación en Ciencias Sociales precisa en muchas ocasiones, si bien no en todas, de la contribución de ambas metodologías para que, por una parte, se puedan analizar rigurosa y sistemáticamente los fenómenos sociales en toda su complejidad y, por otra, se puedan conocer las grandes tendencias de la realidad social.

Nuestra investigación, que la podemos encuadrar dentro de la parcela de Educación Social, participa de esta complementariedad: de una parte, nos servimos de una técnica de investigación relacionada con el paradigma cuantitativo, como es el cuestionario el cual tendrá dentro de su construcción

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

preguntas cualitativa y cuantitativa.

Dada la naturaleza que presenta, hemos querido situar nuestro estudio en el paradigma interpretativo. El enfoque interpretativo tiene una larga tradición en las ciencias sociales y nuestros objetivos están vinculados e describir un caso con unas particularidades concretas, para posteriormente plantear estrategias de mejoras de dicha realidad. En este último sentido, consideramos que nuestro estudio se vincula también a algún aspecto en concreto del paradigma sociocrítico, puesto que como sostienen algunos autores, un estudio que pertenezca al campo social no puede estar libre de valores, no puede ser neutro.

Como hemos visto, la elección de un método de investigación no debe hallarse condicionada por la adhesión a un paradigma arbitrario. Para Cook y Reichardt (1986), el investigador no debe adherirse ciegamente a uno de los paradigmas polarizados, sino elegir libremente entre los atributos y métodos que mejor atiendan al problema de investigación con que se enfrenta.

En definitiva, asumido que no tiene mucha razón de ser tal dicotomía, y ateniéndonos a las características y postulados descritos hasta ahora, estableciendo un continuum de lo cuantitativo a lo cualitativo, nuestra investigación se situaría en ambos, ya que a través de la metodología llevada a cabo y que posteriormente explicaremos contamos con datos de tipo tanto cuantitativo como cualitativo, dentro de un mismo instrumento.

Partiendo de este paradigma interpretativo y de la escasa investigación existente sobre el tema del consumo de drogas en contexto universitario en Nicaragua, saber la necesidad de incluir al currículo la Educación para la Salud, hemos decidido utilizar métodos descriptivos para acercarnos a nuestro objeto de estudio.

Colás y Buendía (1994) afirman que los métodos descriptivos tienen como principal objetivo describir sistemáticamente hechos y características de una

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

población dada o área de interés de forma objetiva y comprobable. Para Fox (1981), estos métodos desempeñan un papel importante en la ciencia, al proporcionar datos y hechos e ir dando pautas que posibilitan la configuración de teorías. Se trata de un referente básico para la construcción del conocimiento científico, en palabras de Mateo Andrés (2000, p 197., citado por Muñoz Díaz, 2013,p 267):

La investigación en su forma más elemental trata sobre la descripción de fenómenos naturales o debidos a la acción del hombre, así analizar su forma, acción, cambio producidos por el paso del tiempo, similitudes con otros fenómenos, etc., ha constituido a lo largo de la historia el primer paso para conocer de forma sistemática la realidad y debe ser considerada como de vital importancia en los procesos de construcción del conocimiento; está sin duda en la base de muchos logros científicos.

Los métodos descriptivos resultan muy apropiados en determinados campos educativos facilitando según Van Dalen y Meyer (1981; Pedrero, 2012):

- Recoger información puntual detallada que describa una determinada situación
- Identificar problemas
- Realizar comparaciones y evaluaciones
- Planificar futuros cambios y tomar decisiones

Como principales virtualidades de estos métodos podemos reseñar la posibilidad de proveer información básica para la toma de decisiones y aportar conocimientos sobre situaciones, actitudes y comportamientos en el ámbito educativo. Respecto a las características y modalidades de los métodos descriptivos, nos encontramos con que tres características específicas los definen (Bartolomé, 1990):

- Utilizan el método inductivo

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

- Hacen uso de la observación como técnica fundamental
- Tienen como objetivo descubrir hipótesis

La denominación de métodos descriptivos engloba toda una variedad de métodos específicos que participan de objetivos y procedimientos científicos comunes. Buendía, Colás y Hernández (1998) identifican cuatro tipos básicos de métodos descriptivos:

- Los estudios tipo encuesta o “Surrey”, orientados a la descripción de una situación dada,
- Los estudios analíticos en los que el fenómeno es analizado en términos de sus componentes básicos,
- Los estudios observacionales caracterizados porque la información es recogida de forma directa de los sujetos observados y no mediante respuesta de ellos,

Los datos descriptivos pueden ser de esta forma, tanto cuantitativos como cualitativos. De hecho, como ya hemos comentado anteriormente en nuestra investigación hemos combinando ambos tipos de datos dentro de un mismo cuestionario.

Nosotros en este trabajo nos hemos inclinado por un instrumento de recogida de información. Dentro del cual se encontrarán preguntas cuantitativa y cualitativa dentro del mismo cuestionario. Ya que consideramos que el un medio idóneo para evitar el sesgo al momento de responder dl alumnado, En esta línea, nuestro objetivo no es sólo determinar el estado del fenómenos o problema analizado, sino también crear propuesta de intervención.

3.3. Fases y estrategias utilizadas en la investigación.

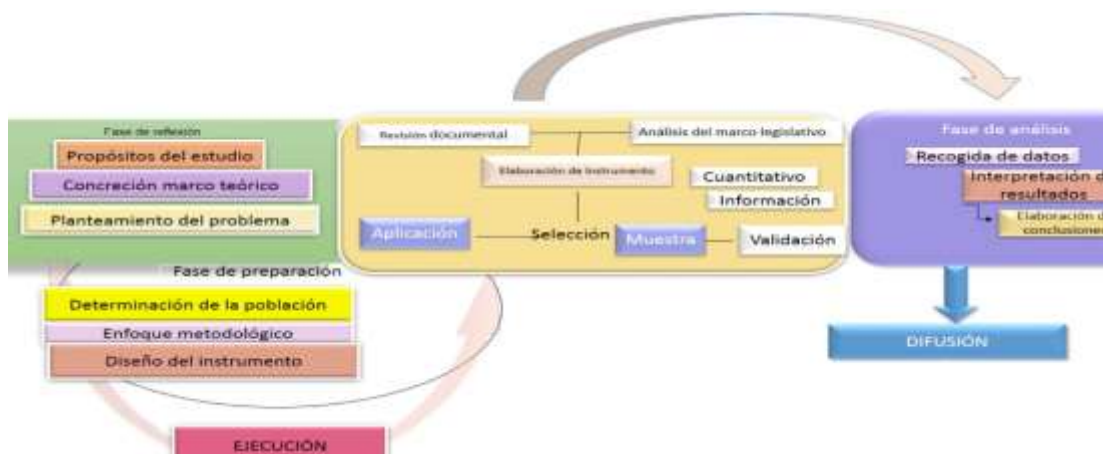
Entendiendo la investigación como un proceso sistemático de análisis de

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

una realidad determinada, se hace imprescindible la ordenación y reflexión sobre cada uno de los elementos que dan lugar a un trabajo de esta envergadura.

Planteamos en primer lugar la imagen gráfica que, a modo de resumen, nos ayuda a exponer de forma global, y más explícitamente, los distintos puntos que confluyen en su diseño.

Esquema 13 *Diseño de la investigación*



Fuente: Elaboración propia del investigador.

Con la intención de agrupar los procesos seguidos en el desarrollo del trabajo, se ha dividido en tres momentos: diseño, ejecución y difusión. Fundamentada esta última, en la intención de abrir nuevas líneas de investigación en este campo de estudio.

Basándonos en la clasificación realizada por Sierra (1999), el diseño se correspondería con el empírico u observacional, abarcando la ejecución los momentos teórico y metodológico. Cada uno de ellos, viene definido por la toma de decisión y consiguiente materialización de los elementos que la componen.

3.4. Material y método de investigación

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En este apartado se desglosa las estrategias básicas adoptadas para generar información exacta e interpretable. Se marca, por tanto, la estructura fundamental y se especifica la naturaleza del proyecto.

Una vez han quedado definidos los objetivos de la investigación y conocidos los principios que asumimos en nuestro planteamiento metodológico, se hace necesario en este punto especificar de qué modo y en qué sentido hemos concretado todas las decisiones metodológicas apuntadas a lo largo de este capítulo en relación a nuestra investigación.

En este estudio nos hemos planteado abordar varias cuestiones que afectan al alumnado, en un periodo de sus vidas donde se están formando para su posterior desarrollo en su vida profesional. Es una etapa esencial en la que dedican la mayor parte del tiempo al estudio y a mejorar sus conocimientos y competencias para afrontar el futuro en incidir en las problemáticas sociales, lo que le ayudara mejorar las condiciones de vida posterior al egreso de la Universidad.

Para Castillo Manzano et al, *“la relación a las drogas, en este período son importantes las relaciones establecidas en los ámbitos ocio y diversión, ya que en éstos el consumo está presente, aunque no todos hagan uso de ellas”* (2012, p 121). Todo esto viene encaminado a la construcción un modelo social donde la diversión, donde las drogas tanto legales como ilegales, con parte de la identificación entre los grupos.

Para Marqués (1996), diseñar de una investigación, implica identificar el estado actual del conocimiento respecto del tema a estudiar. En este sentido se hace una aproximación al marco teórico y se elabora u primer esquema de los aspectos más relevantes. Se aspira a reconocer la existencia de un problema, reflexionar acerca del mismo y plantearlo o formularlo adecuadamente. De acuerdo con Brito (1991), todo investigador, al plantearse un problema, debe responderse

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

las siguientes preguntas.

- ¿El problema ha sido enunciado claramente?
- ¿Existe alguna relación entre dos o más variables?
- ¿Existen elementos teóricos que permitan definir y analizar ampliamente el problema sujeto a investigación?
- ¿Qué está sucediendo con el problema en el contexto de la investigación en forma general?

Llegamos a este punto, es conveniente presentar los síntomas y causas de la situación que se plantea.

(...) estos constituyen el llamado diagnóstico, para después desarrollar coyunturas lógicas a medio y largo plazo con lo que el investigador cree que resuelve, controla o regula la situación planteada. Es la solución a priori, la alternativa en la que confía como respuesta acertada para satisfacer la necesidad, solucionar el problema p establecer el desequilibrio detectado. Esto constituye el control del pronóstico. (Méndez, 1995:64; en Martínez Gimeno, 2013, p 210)

Se estructura el diseño de este trabajo en una segunda fase que hemos denominado “de preparación”, en la que se define claramente los pasos siguientes a desarrollar en el estudio. Esta fase resulta determinante, ya que marcará las pautas de actuación posteriores, en tanto se desarrollan dos objetivos fundamentales:

- La sistematización de la materia a estudiar.
- Elaboración de un plan de acción y ejecución.

Nos estamos refiriendo en enfoque del proyecto y su denominación dentro de uno de los modelos de investigación conocidos.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En este punto, y como ya se ha referido anteriormente, esta investigación se centra en la metodología cuantitativa, quedemos reafirmar que dentro del instrumento se encontraran tanto pregunta cuantitativa como cualitativa.

Para concluir con este primer momento, se hace imprescindible o definición de la población objeto de estudio. Así como, en consonancia con la tipología del proyecto, definir la muestra, seleccionar los instrumentos tanto de recogida como de análisis de la información, etc., todos ellos serán descritos con exactitud en los puntos siguientes

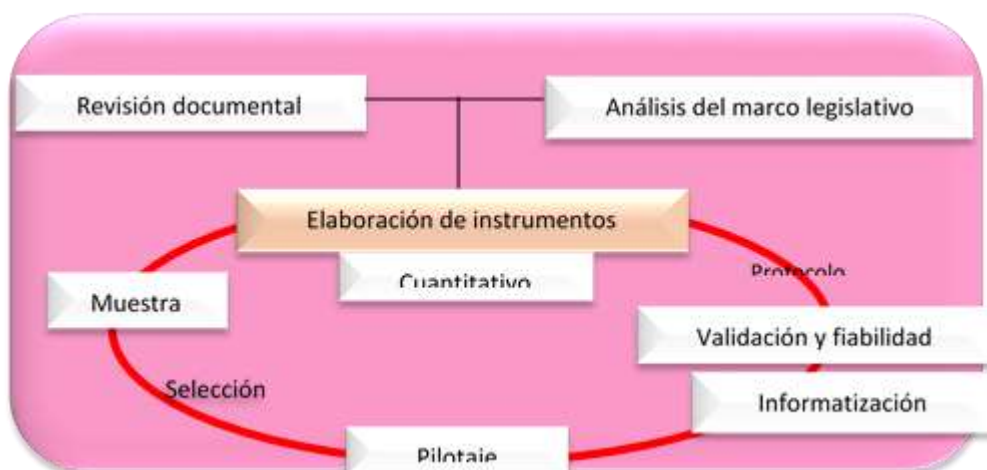
3.5. La ejecución: trabajo de campo.

Aglutinamos bajo el término “ejecución”, todas las tareas que comprenden para Sierra (1999), los momentos teóricos y metodológicos de un trabajo de investigación.

Desde nuestra perspectiva, este proceso constituye el marco central sobre el que se investiga. ¿por medio de la recopilación de datos y su posterior análisis e interpretación. En este trabajo que pretendemos, se ha dividido la ejecución en dos fases, que contemplan en primera instancias el trabajo de campo desarrollado y el segunda el análisis de datos obtenido.

Esquema 14 Estructura del trabajo de campo

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**



Fuente: Elaboración Propia del investigador.

En esta figura se trata de representar el primer paso consiste en la elaboración del marco teórico. En la literatura se define como el sustento del estudio, e incluye la exposición y análisis de las teorías, investigaciones y antecedentes que consideran válidos para el correcto encuadre del proyecto. Para Hernández et al (2003), las funciones del marco teórico son:

- Ayudar a prevenir errores cometidos en otros estudios.
- Orientar sobre la forma de llevar a cabo el proyecto.
- Ampliar el horizonte y guiar al investigador en el planteamiento del problema.
- Conducir el establecimiento de las hipótesis o premisas de partida.
- Inspirar nuevas líneas y áreas de investigación.
- Proveer de un marco de referencias para interpretar los resultados del estudio.
- La consecución de los objetivos planteados para por la contextualización del desarrollo del proceso de consumo de drogas en el alumnado universitario, tales como:
 - Comportamiento y actitud hacia el consumo de las drogas.
 - Percepción de riesgo hacia el consumo de drogas.
 - Factores de riesgo y factores de protección hacia el consumo de droga.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Se ha pretendido dar explicar al fenómeno de conjunción de los tres aspectos que coexisten hasta la actualidad, buscando antecedentes de los hechos que se han producido, tras el consumo de drogas por parte del alumnado.

Una vez aclarada la trayectoria de los diferentes términos, se ha llevado a cabo un exhaustivo análisis de la legislación y misión – visión del área de estudio, desarrollando los contenidos desde el marco legal nacional, relacionado a las drogas.

Con respecto a la elaboración del instrumento de recogida de información, cabe, en primer lugar, justificar la elección del instrumento, en cual está construido en función de preguntas cuantitativa como cualitativa.

El primero de los objetivos que hemos planteado en este trabajo en este trabajo es el análisis el consumo de sustancias adictivas en el sistema educativo superior y la necesidad de incorporar la educación para la salud en currículo universitario. Este planteamiento se realiza en clave de presencia /ausencia de un fenómeno, por tanto, que puede adquirir valor número y ser cuantificable.

El segundo de los objetivos, hace referencia no sólo a la presencia/ausencia, sino a la posibilidad de agrupar dichas opiniones en conjuntos estratificados según valores determinados. Desde este punto de vista, se nos hacía necesario con las premisas planteadas desde las instituciones encargadas de elaborar los cambios en el sistema educativo superior, principalmente en currículo, con asignatura que den respuesta a las problemáticas sociales como es una de ella las drogas.

Este aspecto es importante, ya que queda reflejado en la posibilidad de obtener valores diferentes en función de características definitorias de la población en concreto, tales como sexo, edad, carrera que estudia, departamento académico que pertenece etc., con el objetivo de verificar la

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

hipótesis que nos hemos planteado. De la estructura, contenido, validación y aplicación de los instrumentos trataremos en apartado siguiente de esta investigación.

3.6. Los sujetos implicados

Llegados a este punto, se hace preciso delimitar el contexto de nuestra investigación, en cuanto al grupo con él se ha trabajado y características que lo definen.

Consideramos importante señalar desde el principio que el hecho de hablar de “sujetos implicados” se debe fundamentalmente a la distinción que hemos querido realizar entre la población objeto de estudio, en función del instrumento de recogida de información. Como ya hemos descrito en apartados anteriores, al objeto de utilizar esta técnica nos permitirá la recogida de los datos en un momento único y llegar más alumnos, lo que nos lleva a adquirir más información.

3.6.1 La población de objeto de estudio.

Daba la diversidad de opiniones existentes en la literatura especializada, se cree conveniente comenzar perfilando la terminología. Para comprender el alcance que tendrá nuestra investigación, definiremos primeramente la población.

En este sentido, Azorín y Sánchez (1986, p 17), afirma que siguiendo el diccionario de Kendall y Buckland (1971. Citado Muñoz Díaz 2013), población se refiere “*cualquier colección finita o infinita de individuos o elementos*”.

Según esta definición, cualquier grupo de individuo, animales o cosas, que puedan considerarse una colección, será una población.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En esta línea, Kish (1972, p 27) define la población como: "(...) agregado de elementos (y éstos como las unidades de las que se toma información, es decir, los individuos)"

Para Bisquerra (2004) refiere que población: "*Es el conjunto de unidades que componen el colectivo en el cual se estudiará el fenómeno expuesto en la investigación*" (p. 57). Del mismo modo, nos asegura Triola (2009): "*la población es un conjunto completo de todos los elementos que se va a estudiar. El conjunto es completo porque incluye a todos los sujetos que se estudiarán*" (p. 4).

Por nuestra parte, se entiende que, al considerar la población como conjunto de individuos o colección, hacemos referencia a una clase de equivalencia, constituida por una cualidad que iguala entre sí, o diferencia de otros, a los miembros del grupo, Es decir, pertenecer a una clase requiere poseer una característica que los iguale o diferencie de modo cualitativo o en grado. En este sentido, determinar Levin y Rubin (1996, p 421) "*una población es un conjunto de todos los elementos que estamos estudiando, acerca de los cuales intentamos sacar conclusiones*".

Desde esta óptica, nuestra población está compuesta por el conjunto de alumnado que estudia es UNAN FAREM Chontales, en cualquier carrera, que se imparte en esta alma mater. Pasamos, a continuación, a detallar más específicamente su composición y características.

Nos queda claro que todo el colectivo para nuestro estudio está conformado por varios actores, así que por tratarse el tema en estudio en una fases, de igual modo hemos creído conveniente explicitar las poblaciones para esta fases.

La población afectada en este proceso de investigación está compuesta por los estudiantes de las modalidades regular (matutina, vespertina y nocturna), profesionalización y por encuentros.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Esta aplicación de esta investigación en esta población de alumnado de esta alma mater, se fundamenta en uno de por principio descrito por Rector Cisneros Moreira (2004, p 2) en lineamiento des proyecto Tuning sobre las características generales de la educación superior en Nicaragua, el cual uno de los principios dice textualmente.

La educación es creadora y formadora del ser humano y de **valores sociales**, ambientales, éticos, cívicos, humanísticos y culturales, orientada al fortalecimiento de la identidad nacional. Reafirma el respeto a las diversidades religiosas, políticas, étnicas, culturales, psicológicas y de género, y a los derechos de los demás para la convivencia pacífica. En ese sentido, contribuirá a crear y fortalecer la identidad Centroamérica.

Basada en este principio propuesto por Cisneros Moreira, fundamentamos a aplicación de esta investigación con el alumnado, sobre el consumo de sustancia y determinar la necesidad de incorporación de la educación para la salud, ya educación es la creadora y formadora del ser humano y de valores sociales, la principal visión y misión de esta alma mater. Con los resultados obtenidos, podremos fundamentar nuestra propuesta de integración en currículo universitario una asignatura que contribuir a la construcción de valores y prevenir problema social.

Utilizar un sólo enfoque metodológico en una investigación de carácter social, es negar la potencialidad de cada una las metodologías y limitar, de esta manera, el alcance del trabajo desde el punto de vista del análisis. En lo referido a esta dificultad de utilizar uno u otro enfoque Berricat afirma: *“Un uso rígido y convencional de esta dicotomía metodológica empobrece la investigación social al impedir la aplicación de cuanto instrumento sean necesarios, en cada concreto proceso investigador, al objeto de alcanzar Conocimientos más veraces”*. (Berricat, 1998, p. 18)

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Por estos motivos, para esclarecer la población real con la que se ha trabajado, se establecieron, en primer lugar, las características específicas del alumnado que reunían las cualidades necesarias, Esto nos llevó a determinar las existencias teóricas de la población en estudio.

Población afectada para este proceso de investigación está compuesta por el alumnado de tres de parlamento educativa de UNAN- FAREM Chontales.

Tabla 7 Población de alumnado de UNAN FAREM Chontales

POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO	Universo	Muestra	%
Departamento de Ciencia Económica	816	93	25.5%
Departamento de Ciencia Tecnología Y Salud	1141	141	38.6%
Departamento de Ciencia de la Educación	1181	131	35.9%
TOTAL	3138	365	100%

Fuente: secretaria de UNAN – FAREM Chontales

Se observa en tabla nº 6, que le número de alumno presenta de forma agrupada en los diferentes departamentos de enseñanza, dando resultado un total 3140, estudiante matriculado en el año lectivo 2016.

La cuestión que nos lleva, por tanto, a estimar la cifra señalada como población válida, hace referencia a las características propias del alumnado, este colectivo se identifica, parcialmente, dentro del cuerpo de educando, por lo que los datos que podemos obtener hacen siempre referencia a un conjunto mayor de profesionales, siendo extremadamente difícil establecer una diferenciación exhaustiva entre ellos. Es, por tanto, muy complicado determinar en base a estadísticos oficiales, que el alumnado pueda consumir cualquiera de las sustancias adictiva que se están estudiando, sin cometer el error de no computar al alumnado que consume de una a dos a más drogas.

3.6.2. Tamaño muestra. Procedimiento para su selección.

La Estadísticas Inferencias tiene como finalidad hacer deducciones

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

acerca de un colectivo o conjunto amplio de sujetos, sucesos o medidas, estudiando sólo una parte de ellos. Por tanto, “*estudiamos conjuntos de puntuaciones (muestras) con el fin de generalizar los resultados a conjuntos de puntuaciones más amplios (poblaciones) de los que fueron extraídas*” (Gil, Rodríguez y García, 1995:210)

En este sentido, muestreo tienen un fundamento matemático estadístico. Éste consiste en que, obtenidos unos determinados resultados de una parte elegida correctamente y en proporción adecuada, se puede hacer la generalización fundada matemáticamente, de que dichos resultados son válidos para la población de la que se ha extraído la muestra, dentro de unos límites de error y probabilidad que se determinan en cada caso.

Una muestra es un subconjunto de la población (Levine y Rubín, 2004), a la cual se le aplican las diferentes estrategias y métodos para la recolección de la información (Triola, 2009). Se ha incluido tanto la población, como la muestra y los sujetos que van a ser partícipes en cada una de las etapas de nuestra investigación.

En la fase de nuestra investigación incluiremos el enfoque cuantitativo, por lo que se hace necesario hablar de muestras, representatividad, error de muestreo y otros términos asociados a dicha metodología, mismos que se ampliarán en la siguiente fase. Para este estudio, la población estará compuesta por 3138 estudiantes que se encuentran registrado en la matrícula del año lectivo 2016.

Para el cálculo de la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2}{(N-1)D + \sigma^2}, D = \frac{e^2}{4}$$

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Procedemos a calcular la muestra $n = \frac{3138 \times 2.0245}{(3138 - 1)0.0049 + 2.0245} \approx 365$ unidades

muestrales.

El error en este proceso de investigación lo va a determinar el investigador, para este caso se asumirá un error del 0.14, este error en términos porcentuales, equivale a dos. 8%, si consideramos ya que la mayoría de los ítems del cuestionario están en escala Likert y en algunos casos con expresiones dicotómicas, que no han sido tomado en cuenta para el cálculo de la varianza, esta varianza se calculó como el promedio de la varianza de las preguntas que tienen asignado un valor de escala de uno a cinco, el tamaño de la población es de 3138, la varianza se estimó sobre la base de una muestra y con ella se infiere la varianza poblacional.

Para el caso de la selección de la varianza poblacional, se hizo primero un pilotaje, con una pequeña muestra de 20 estudiantes, que tenían características similares a la población que sería afectada en el estudio, de tal modo que utilizamos SPSS versión 18, se obtuvo una varianza muestral de 2.0245 unidades y a partir de ella se hizo inferencia de que esta equivale a la varianza poblacional.

Hay que establecer, que el error de muestreo del que se habla en este trabajo, se refiere a la “equivocación” el investigador está dispuesto a tolerar, cuando se plantea la media teórica del conjunto poblacional y que no está ligado al error de muestreo, que a continuación se aborda. El error, aunque es de 0.1, es sobre la base de 10, por tanto, en términos de proporciones, su valor real es de 0.1.

Error de muestreo: Error o variación entre estadísticas de muestra debido al azar; es decir, diferencias entre cada muestra y la población, y entre varias muestras que se deben únicamente a los elementos que elegimos para la muestra. (Levine y Rubin, 2004, pág. 267)

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Tal y como expone la mayoría de los autores, es normal que haya una diferencia entre las características de la población y los datos observados en la muestra. Para Bisquerra (1989), a la diferencia existente entre estadísticos (datos observados en la muestra) y parámetros (valores característicos de la población, se le denomina error muestra.

Cuando se hacen uso de los datos de una muestra aleatoria simple para estimar una proporción poblacional p , el margen de error, denotado por e , es la diferencia máxima probable (con probabilidad $1 - \alpha$) entre la proporción muestral observada y el valor real de la proporción poblacional p . *“El margen de error e también se llama error máximo del estimado y se calcula multiplicando el valor crítico por la desviación estándar de las proporciones muestrales.”* (Triola, 2009, p 318)

Finalmente, cuando trabajamos con muestras, debemos tener presente que cumpla con el criterio de representatividad. Es decir: *“la distribución de la característica en la muestra debe comportarse del mismo modo que en la población”* (Leguey Galán, 1999, p. 89). Lo que significa que deberá contener las mismas características relevantes de la población en las mismas proporciones en que están incluidas dicha población (Levine y Rubín, 2004)

En esta línea, y dado el elevado tamaño de la población representada en nuestra investigación, trabajamos sólo con una fracción, por lo que se ha elegido lo que la literatura denomina una muestra representativa.

Para Latorre, Rincón y Arnal (2003, p 78), la muestra es el: *“(...) conjunto de casado extraído de una población, seleccionados por algún método de muestro”*.

Entre las ventajas que proporciona al muestreo, estos mismos autores señalan: ahorro de tiempo en la realización de la investigación, la reducción de

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

costo y la posibilidad de mayor profundidad y exactitud en resultados.

Aunque la razón esencial por la que se muestra es la imposibilidad de estudiar todos los sujetos, es un proceso lógico, porque en la práctica no es necesario obtener datos de todos los posibles sujetos para comprender con exactitud la naturaleza del fenómeno que se estudia, sino que, en general, se puede alcanzar esa comprensión con una parte de los sujetos (Fox, 1981, p 367)

Los inconvenientes más comunes se basan en la dificultad de utilización de las técnicas de muestreo, ya que una muestra sesgada distorsiona los resultados.

En el terreno epistemológico, Jiménez (1983, p 237) destaca la condición de representatividad que ha de tener la muestra:

(...) es una parte o subconjunto de una población normalmente seleccionada de tal modo que ponga de manifiesto las propiedades de la población. Sus características más importantes es la representatividad es decir, que sea una parte típica de la población en la o las características que son relevantes para la investigación.

Mientras que Sierra (1988, p 74) hace referencia a la generalización de resultados, indicado que es:

(...) una parte representatividad de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado.

Para Sierra (1988, p 175), las condiciones fundamentales que ha de cumplir una muestra, según este mismo autor son:

- Que comprendan parte de la población y no la totalidad de ésta.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

- Que su amplitud sea estadísticamente proporcionada a la magnitud del universo. Esta condición de halla en relación con el punto práctico de determinación del tamaño de la muestra y sirve para decidir si, según las unidades que comprende respecto al universo, una muestra es o no admisible.
- La ausencia de distorsión en la elección de los elementos de muestra. Si esta elección presenta alguna anomalía, la muestra resultará por este mismo hecho viciada.
- Que sea representativa o reflejo fiel del universo, de tal modo que reproduzca sus características básicas en orden a la investigación.

Como ya se ha comentado, esta técnica presenta evidencia ventajas, respecto del estudio de poblaciones. Con una muestra relativamente reducida en relación al conjunto total (365 sujeto de 3138, en nuestro caso), se puede estudiar grades grupos, que de otra manera sería muy difícil o prácticamente imposible investigar.

Además, para que haya más ecuanimidad en la distribución del número de unidades muestrales, por carrera, se utilizó el muestreo estratificado, donde cada carrera funciona como un estrato y para determinar el número de unidades muestrales para cada carrera, se utilizó la afijación proporcional.

El muestro que se encuentra en la base de la mayoría de los métodos de la Estadísticas Inferencial es el denominado probabilísticos, definido por autores como Gil, Rodríguez y García (1995, p 210) como aquel en el que *“(...) todos los elementos de la población poseen una probabilidad conocida, no nula, de ser elegido para formar parte de la muestra”*.

3.7. Muestreo.

Consiste en el procedimiento adecuado para seleccionar las unidades

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

muéstrales, es decir quiénes serán objeto de estudio, autores como Pérez López (2005) al hablar de muestreo suelen referirse al conjunto de técnicas que estudian la forma de seleccionar una muestra lo suficientemente representativa. Distinguimos dos grandes tipos de muestreos: probabilístico y no probabilístico.

En el muestreo aleatorio o probabilístico., todos los elementos de la población tienen la misma oportunidad de ser escogidos para la muestra. Se caracterizan porque los resultados se obtienen mediante un proceso automático objetivo que permite medir y controlar los errores (Leguey Galán, 1999).

La clasificación más usada, siguiendo a Triolla (2009), Levine y Rubin (2004), Spiegel y Stephens (2009), Leguey Galán (1999), Pérez López (2003) y Berenson, para referirse al muestreo probabilístico es la siguiente:

Muestreo aleatorio simple: Los n sujetos se seleccionan de manera que tienen una posibilidad conocida de ser seleccionados, los métodos más usuales en su aplicación son la rifa, números aleatorios en hojas de cálculo o software estadístico.

Muestreo sistemático: Se elige un punto de partida que se obtiene de dividir la población entre el tamaño de la muestra, y a partir de ahí generar una sucesión aritmética hasta completar los n sujetos.

Muestreo estratificado: Consiste en subdividir a la población en al menos dos subgrupos (llamados estratos) de modo que estos grupos sean relativamente homogéneos, es conveniente cuando la población ya está dividida en grupos de diferentes tamaños y deseamos tomar en cuenta esta condición. Luego se selecciona una muestra aleatoria de cada estrato.

Muestreo por conglomerado (o de racimo): Consiste en dividir a la población en grupos, llamados racimos o conglomerados, y luego seleccionamos

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

una muestra aleatoria de estos grupos, donde una vez seleccionados los conglomerados se seleccionan todos los elementos de cada uno de los conglomerados. Se utiliza cuando hay una amplia variación dentro de cada grupo, pero los grupos son esencialmente similares entre sí.

Muchas veces se confunde el muestro estratificado y el conglomerado, porque ambos implican la formación de grupos. Pero el muestro estratificado toma elementos de cada grupo, mientras el conglomerado no.

Tenemos planificado estratificar la muestra en un primer momento para que estén representados todos los turnos y modalidades. Luego en el segundo momento seleccionar muestras estratificadas en cada uno de las carreras, para luego seleccionar los años a los que se va a ir usando muestreo aleatorio simple, para finalmente seleccionar muestras sistemáticas de estudiantes en cada sección que se visite, el muestreo multiétapico consiste en la selección de unidades muestrales mayores hasta conseguir la unidad muestra más pequeña, y en el mismo puede existir una combinación de los diferentes tipos de muestreo probabilísticos (Cochran, 1977).

En el muestreo no probabilístico se emplea el juicio, el conocimiento o la opinión personal para identificar a los elementos de la población (Levine y Rubín, 2004). Aunque muchos investigadores desestiman usar este tipo de muestreo porque lo encuentran muy subjetivo, su uso obedece más a la importancia que se le da a la información que a su generalización. Nuestra investigación considera que la información obtenida por quienes a nuestro juicio seleccionemos, es más importante que la representatividad estadística, esto para las fases en que haremos uso de muestreo no probabilístico.

Para esta investigación tenga más ecuanimidad en la distribución del número de unidades muestrales, por carrera, se utilizará el muestreo estratificado, donde cada carrera funciona como un estrato y para determinar el número de unidades muestrales para cada carrera, se utilizará la afijación

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

proporcional.

El investigador debe definir la población objeto de estudio. A partir de ese momento se pasa a la selección de la muestra de sujetos que debe ser representativa de toda la población, considerándola como el conjunto de personas que se deberían investigar para conocer el asunto que nos ocupa. Tomando las palabras de Bisquerra (1996, p 81), sería del “*conjunto de todos los individuos en los que se desea estudiar el fenómeno*”.

Se utilizará el muestreo estratificado con afijación proporcional, para que en la muestra este representado cada uno de los estratos con la misma proporción de la muestra.

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Para la selección de la muestra en cada estrato se usará el muestreo aleatorio simple para que los estudiantes tengan la misma oportunidad de participar.

Para el caso de este trabajo, la población afectada es de 3138 estudiantes, la muestra seleccionada es de 365 estudiantes, se ha utilizado el muestreo estratificado, con afijación proporcional, en el cuadro presentado a continuación se muestra el número de elementos de cada grupo, y las unidades muestrales seleccionadas para cada grupo. La población, se seleccionó bajo el criterio de que los estudiantes involucrados en el estudio, deben tener como características Ser estudiante activo y con grupo definido en la. Los estudiantes involucrados en el estudio, son del plan 1999 y 2016.

Para este trabajo se determinado el uso del muestreo probabilístico, hemos elegido una de las modalidades más conocidas, el muestreo aleatorio estratificado, ya que nuestra intención fue en todo caso garantizar la representatividad de la muestra en base a unas determinadas características: por provincias dentro de la comunidad autónoma, Para Rodríguez (1991), esta estrategia ofrece, entre otras, las siguientes ventajas:

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Reduce las varianzas de las estimaciones muestrales y en consecuencia disminuye los errores de muestreo.

- Aumenta la precisión de las estimaciones.
- Facilita la recogida de información.
- Aumenta la validez de la muestra.

En la línea de lo planteado por Bisquerra (1989), el proceso que hemos llevado a cabo para la selección ha sido el siguiente:

Dividir la población en diferentes estratos. En este caso, atendiendo además, a la cantidad de población correspondiente a cada departamento educativo, lo que se denomina afijación proporcional (Gil, Rodríguez y García, 1995)

Tabla 8 Subdivisión poblacional en estrato por departamento educativo

Departamento de ciencia económica	Departamento de ciencia tecnología y salud	Departamento de ciencia de la educación y humanidades.
N ₁	N ₂	N ₃
816	1141	1181
25.5%	38.6%	35.9%

Fuente: Secretaría académica de UNAN- FAREM, Chontales.

No obstante, utilizando el mismo procedimiento hemos estimado conveniente subdividir la muestra nuevamente en 23 subestratos, agrupado en tres departamentos académicos, determinado por la idiosincrasia de la población objeto de estudio. En este caso nos pareció importante determinar la representación en cuanto al nivel de ejercicio dentro de campo universitario.

Tabla 9 Subdivisión de la muestra por departamento educativo

Población por departamento	Universo		Muestra	
Departamento de Ciencia Económica	N ₁	816	n ₁	93

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Departamento de Ciencia Tecnología y Salud	N ₂	1141	n ₂	141
Departamento de Ciencia de la Educación Humanidades	N ₃	1181	n ₃	131
TOTAL		3138		365

Fuente: Elaboración propia del investigador.

Dentro de cada estrato, se ha realizado un muestreo aleatorio simple sin reposición en el que cada elemento que se extrae de la población queda automáticamente descartado en la siguiente extracción (Gil, Rodríguez y García, 1995).

Para Marín (1985), este tipo de muestreo es el que alcanza mayor rigor científico, y se caracteriza porque se cumple el principio de la equidad probabilidad, según un el cual todos los elementos del estrato tienen la misma probabilidad de salir elegidos en la muestra.

En este procedimiento se extrae al azar un número determinado de elemento “n”, del conjunto mayor “N” que, en nuestro caso, se corresponden con cada uno de los estratos, procediendo según las secuencias:

Definir cada estrato, confeccionar una lista de todos los elementos, asignándoles número consecutivos desde 1 hasta “n”.

- La unidad de base de la muestra debe ser la misma.
- Definir el tamaño de la muestra.
- Extraer al azar los elementos.

Tabla 10 Subdivisión poblacional en estrato por carrera de formación profesional

Calculo muestra por grupo para aplicación de instrumentos			
Nivel de confianza: 95%		Error de muestreo: 5%	
Carrera	Año lectivo	Población	Muestra
Administración de empresas	I	44	5
Administración de empresas	II	33	4
Administración de empresas	III	28	3
Administración de empresas	IV	22	3

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

Administración de empresas	V	17	2
Administración Turística y Hotelera	I	53	6
Contaduría Pública y Finanzas	V	16	2
Bioanálisis Clínico	I	49	6
Bioanálisis Clínico	II	44	5
Bioanálisis Clínico	III	26	1
Enfermería en Materno Infantil	I	49	6
Enfermería en Materno Infantil	III	36	4
Enfermería en Materno Infantil	IV	41	5
Enfermería en Materno Infantil	V	38	4
Ing. Sistemas de Información	II	30	3
Ingeniería Agroindustrial	I	50	7
Ingeniería Agroindustrial	III	39	4
Ingeniería Agroindustrial	IV	22	3
Ingeniería Agroindustrial	V	19	2
Ingeniería Agronómica	I	45	5
Ingeniería Agronómica	II	17	2
Ingeniería Agronómica	V	25	3
Medicina	IV	35	4
Medicina	V	29	3
Medicina	VI	25	3
Bioanálisis Clínico	III	39	4
Bioanálisis Clínico	IV	35	4
Enfermería en Materno Infantil	II	38	4
Ing. Sistemas de Información	I	40	7
Ing. Sistemas de Información	II	18	2
Ing. Sistemas de Información	III	22	3
Ing. Sistemas de Información	IV	15	2
Ing. Sistemas de Información	V	21	2
Ingeniería Agroindustrial	II	38	4
Ingeniería Agroindustrial	V	29	3
Ingeniería Ambiental	II	24	3
Mercadotecnia	V	12	2
Contaduría Pública y Finanzas	I	63	7
Contaduría Pública y Finanzas	II	40	5
Contaduría Pública y Finanzas	III	39	4
Contaduría Pública y Finanzas	IV	44	5
Mercadotecnia	IV	29	3
Psicología	II	43	5
Administración de Empresas	II	52	6
Administración de Empresas	III	43	5
Administración de Empresas	IV	44	5

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

Administración de Empresas	V	20	2
Banca y Finanzas	V	50	6
Bioanálisis Clínico	V	30	3
Contaduría Pública y Finanzas	I	16	1
Contaduría Pública y Finanzas	II	45	6
Contaduría Pública y Finanzas	III	53	6
Contaduría Pública y Finanzas	V	50	5
Enfermería en Salud Pública	V	44	5
Ingeniería Agronómica	III	33	4
Inglés	V	21	2
Psicología	I	50	6
Psicología	III	33	4
Topografía (Técnico Superior)	II	24	3
Topografía (Técnico Superior)	III	27	3
Bioanálisis Clínico	V	35	4
Ciencias Naturales	I	49	6
Ciencias Naturales	II	40	5
Ciencias Naturales	III	40	4
Ciencias Naturales	IV	38	4
Ciencias Naturales	V	41	5
Ciencias Sociales	I	47	5
Ciencias Sociales	II	32	4
Ciencias Sociales	III	41	5
Ciencias Sociales	IV	31	4
Ciencias Sociales	V	30	3
Cultura y Artes	III	31	4
Física-Matemática	I	50	6
Física-Matemática	II	49	6
Física-Matemática	III	26	3
Inglés	I	58	7
Inglés	II	55	7
Inglés	III	45	6
Inglés	IV	21	2
Inglés	V	33	4
Lengua y Literatura Hispánicas	I	51	6
Lengua y Literatura Hispánicas	II	44	5
Lengua y Literatura Hispánicas	III	49	7
Lengua y Literatura Hispánicas	IV	41	5
Matemática	IV	26	3
Matemática	V	19	2
Pedagogía con mención para la Diversidad	III	60	7

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Total		3138	365
-------	--	------	-----

Fuente: Elaboración Propia del investigador

Desde este punto de vista, calculamos la muestra correspondiente para una población de 3.138 alumnos, con un margen de error del 5% y **n** nivel de confianza de 95%. De esta forma, la muestra de nuestro trabajo quedó fijada en 365 sujetos que se encuentran matriculado en universidad, con representatividad proporcional en los distintos estratos.

3.7. Instrumentos y técnica de recogida de datos

Llegamos a este punto, cabe describir los instrumentos que nos han servido como medio para recabar la información objeto de análisis. Así, *“se entiende por técnicas de recogida de datos aquellos medios técnicos que se utilizan para registrar las observaciones o facilitar el tratamiento experimental”* (Bisquerra, 1989, p 87)

En este apartado debemos especificar tres sub apartados que corresponden la técnica de recogida de información, la hipótesis y validación del instrumento del que hemos hecho uso.

El cuestionario.

Diferentes autores han concluido que el cuestionario *“es un formulario con un listado de preguntas estandarizadas y estructuradas que se han de formular de idénticas manera a todos los encuestados”*. De igual forma refieren que la construcción de un cuestionario *“es un arte de construir un buen cuestionario descansa fundamentalmente en una buena experiencia, que se va adquiriendo sobre todo con las malas experiencias de utilizar un mal cuestionario”* (LAZARFELD, 1935., PAYNE.,1951.,HYMAN, 1962., NOELLE, 1970., MACFA, 1972., y ESOMAR, 1973., en Aignerén Aburto, 2005, p 6)

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

El cuestionario, que ha sido definido como una forma de encuesta caracterizar por la ausencia del entrevistador o como una entrevista por escrito (Nisbet y Entwistle, 1980), es una de las técnicas más utilizadas en investigación educativa y social (Cohen y Manion, 1990). Tal y como indican Barroso y Cabero (2010, p 38) *“posiblemente nos encontramos ante uno de los instrumentos más ampliamente utilizado en la investigación educativa”*

Para Aigner Aburto el cuestionario en el proceso que se utiliza en la investigación social y ocupa un lugar preciso en el proceso global. El cual se debe construir después de haber determinado el planteamiento del problema de investigación y de haber explicado sus objetivos. DE igual forma se determina los términos operacionales el que sugiere diseñar una matriz de análisis con las variables- dimensiones que arrancan del problema que se pretende investigar. Si el investigador tiene claro los objetivos de la investigación, será más fácil decidir y escoger las preguntas que conviene realizar.

De igual forma Aigner Aburto, plantea que para la construcción o el diseño de un cuestionario de cumplir estos pasos.

Esquema 15 *Diseño para la construcción del cuestionario*



Fuentes: Adaptación propia del diseño de cuestionario de Aigner Aburto 2005.

Este instrumento tiene la finalidad de recopilar información sobre el consumo de drogas por los estudiantes, sobre la percepción y sobre la necesidad de integrar la educación para la salud en sistema educativo superior, en las

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

diferentes modalidades de educación que sirve la FAREM Chontales y cómo ésta incide en el consumo, que se reflejan en los resultados obtenidos, su utilidad tanto para esta Alma mater, su asociación teórica con las problemáticas sociales, y realizar modificaciones en el currículo con la integración de otros tópicos de relevancia para el trabajo de investigación.

Podemos afirmar que el cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados y conocidos, de uso generalizado en la recogida de información en las investigaciones del ámbito de lo social, debido a sus características entre las que destacan su fácil aplicación y la gran cantidad de información que nos llega a aportar.

El cuestionario resulta ser la técnica de investigación que utiliza por excelencia el paradigma cuantitativo, McMillan y Schumacher (2005, p 50) lo definen como:

Los cuestionarios abarcan una variedad de documentos en los que el sujeto responde a cuestiones escritas que sondan reacciones, opiniones y actitudes. El investigador elige o construye un conjunto de preguntas adecuadas y le pide al sujeto que las conteste, normalmente en forma de preguntas en las que debe elegir la respuesta (por ejemplo: sí, no quizás).

Es una técnica de recogida de información que permite la recogida masiva de datos difíciles de obtener por otros medios. Por lo tanto, es un instrumento básico en investigación y posiblemente el más empleado. Se le considera una entrevista formalizada y la sustituye cuando no se puede entrevistar a un gran número de personas.

Por ello es debido fundamentalmente a su facilidad de uso y su carácter directo (Hayman, 1984).

Tal y como señala Traverse (1986), es un instrumento destinado a

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

determinar la naturaleza de un estado de cosas existentes; además, su carácter impersonal, la estandarización del vocabulario empleado, la concisión de las preguntas, etc., permiten suponer una cierta uniformidad respecto a las respuestas obtenidas.

Para la mayoría de los autores, es una técnica de recogida de información que supone un interrogatorio en el que las preguntas, establecidas de antemano, se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos. Por otro lado, su empleo se suele asociar a diseño de investigación típicamente cuantitativo. Rodríguez, Gil y García (1996) sintetizan las razones de esta asociación de la manera siguiente:

Los cuestionarios se emplean para contrastar punto de vista.

- Favorecen el acercamiento a las formas de conocimientos no motéticos, no ideográficos.
- Su análisis se apoya en el uso de estadísticos que permiten agrupar los resultados en unos pocos elementos, que informan de un marco amplio.

En esta línea, el cuestionario nos es una técnica útil ya que como señala Hopkins (1989) supone un instrumento:

- Fácil de realizar, se cumplimenta en poco tiempo.
- Fácil de valorar.
- Compara directamente grupos e individuos.
- Da retroalimentación sobre:
 - ✓ Actitudes.
 - ✓ Adecuación de recursos.
 - ✓ Ayuda.

Pero, al mismo tiempo, también alerta sobre sus inconvenientes, entre los que destaca:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

- El análisis requiere bastante tiempo.
- Se necesita gran preparación para conseguir preguntas claras y relevantes.
- Es difícil conseguir preguntas que exploren en profundidad.
- La eficacia depende en gran medida de la capacidad lectora del encuestado.

De otra parte, la planificación del cuestionario supone diseñar un conjunto de pregunta que implica la concreción de las ideas o supuestos de los que parte el encuestador respecto del problema que se quiere estudiar. Así, Rodríguez, Gil y García (1996) indican que la planificación debe comenzar a partir de la propia reflexión del investigador sobre el problema u objeto de estudio. Partiendo de que la forma que adopta un cuestionario debe entenderse como una traducción o concreción de los supuestos, creencias o modelos de partida utilizados para explicar una determinada realidad, se ha expuesto en el apartado anterior el proceso seguido en la categorización del punto de partida para la elaboración del instrumento.

De esta forma, determinaremos que el cuestionario debía reunir una serie de tópicos que nos llevan a determinar el nivel de consumo de drogas, percepción de factores de riesgo y la necesidad de formación en educación para la salud.

La secuencia de los elementos del cuestionario es la siguiente: introducción, antecedentes y características demográficas, consumo de drogas legales e ilegales, familiaridad con las diversas sustancias sujetas a fiscalización, consumo de las diversas sustancias sujetas a fiscalización, edad en que cada una de esas sustancias se usó por primera vez, grado de desaprobación personal del consumo de esas sustancias, percepción del riesgo que entraña usarlas y percepción de la disponibilidad de las sustancias. Dado el gran número de sustancias que pueden ser objeto de abuso sobre las que habría que

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

preguntar, o por lo menos considerar la posibilidad de hacerlo, muchas de esas secciones constan de una larga lista de preguntas paralelas que se formulan una por una sobre cada sustancia.

De este modo, ante de comenzar con la elaboración de un cuestionario que cumpliera con expectativas de este trabajo, revisamos ampliamente la literatura, con lo que pudimos comprobar que, en lo referente a la investigación social, son numerosos los trabajos en que los investigadores elaboran sus instrumentos.

De esta forma, las motivaciones que nos han llevado a la construcción de nuestro propio cuestionario. Para la realización de la propuesta de cuestionario y la selección de los elementos que lo integran, se han tomado en cuenta diferentes estudios internacionales y estudian el consumo de drogas en los contextos educativos.

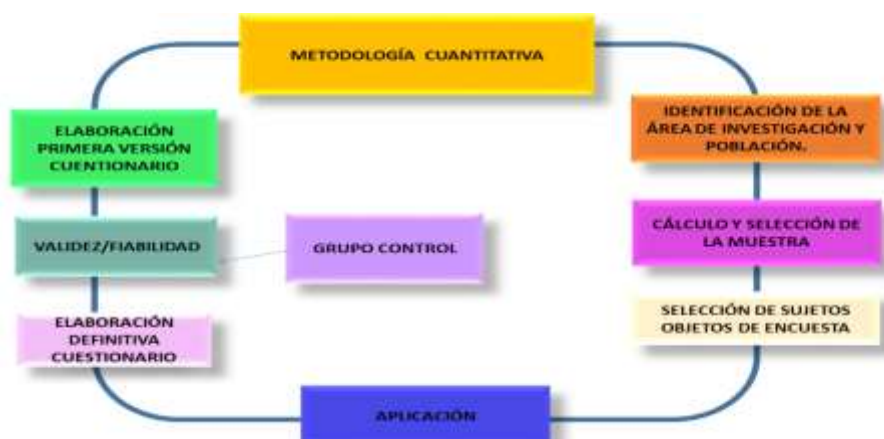
Unos de los cuestionarios revisados es el Naciones Unidas de la oficina contra las drogas y delitos, cuyo cuestionario fue nombrado como uso indebido de drogas (GAP) realizado en 2003, el que cuenta con promedio de 20- 30 ítem, otros de los instrumentos revisado es instrumento europeo denominado “cuestionario sobre las drogas en el ámbito universitario, Universidad Pablo de Olavide” (Castillo Manzano et al, 2009), dicho cuestionario cuenta con 52 ítem.

Basado revisión de diferentes instrumentos, hemos construido nuestro propio cuestionario que se aplicara a los estudiantes, que constara con 25 ítem que reúne las variable en estudio, en que está compuesto por 29 preguntas, con una escala de Likert 4 , 9, dicotómicas, polidicotónica 10 y 6 preguntas dicotómica para obtener información acerca de sexo, género, edad, nivel socioeconómico , conocimientos sobre las causas que le conlleva para su salud el consumo de sustancia adictiva, frecuencia de consumo, edad de inicio, y factores que influyen para la iniciación de consumo de sustancia adictiva y formación.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM- CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Pasamos a identificar cada una de las partes en que se ha dividido, describiendo lo procesos seguidos en su construcción.

Esquema 16 Construcción del instrumento



Fuente: Elaboración propia del investigador.

Esta estructura del trabajo comenzó con la elaboración de una primera versión impermissible, que fue sometido a validación mediante la técnica de un grupo control.

Con respecto a la información a obtener, se planteó un borrador del esquema basado en la operacionalización de la variable, en la que se agruparon las distintas variables de los instrumentos.

Datos de identificación: bajo esta variable se pretendía recoger los datos de carácter sociodemográficos (sexo, edad, carrera que estudia y departamento académico que pertenece, satisfacción de la carrera, lugar en que habita el alumnado), así como información respecto de una serie de características que nos permitieran elaborar el perfil del alumnado encuestado.

Datos sobre comportamiento hacia el consumo de drogas (edad inicio, porque consumo por primera vez, con quien estaba cuando consumió y en qué

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

lugar se encontraba).

Percepción de riesgo de consumo de droga.

Factores de riesgo y protección, que puedan favorecer a prevenir el riesgo o conllevar al riesgo de consumo de droga por alumnado.

Educación. Donde se vio reflejada la formación y la necesidad de formación sobre la temática en estudio y la necesidad de la integración de la educación para la salud en currículo educativo superior.

El instrumento inicial quedó conformado por un total 29 ítems (pero entre cada uno de los ítems se valora cada una de las drogas por lo que hace un total de 185), entre los que seleccionamos cuestiones de opinión polinómicas, dicotómicas y Likert.

Creemos necesario destacar, que, en esta primera versión del cuestionario, no fue completada la complejidad del llenado, de igual forma el tiempo para el llenado por el alumnado. Pero, como se verá en apartado siguiente, nos fue esa la conclusión que extrajimos del proceso de validación.

3.7.1 Proceso de validación y fiabilidad del instrumento.

Toda medición o instrumento de recolección de datos, debe reunir dos requisitos fundamentales: ser confiable y ser válido.

No obstante, un instrumento de recogida de datos se compone de un gran número de elementos que, junto con la implicación del factor humano, contribuyen a la inevitable presencia de sesgo y errores en la medida (Del Rincón et al, 1995).

En la línea de Krippendorff (1990), somos conscientes de que la calidad

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

de una investigación depende en primera instancia de la capacidad del investigador de dotar a los instrumentos de medida de las dos cualidades esenciales: Validez y fiabilidad. Solo así la información obtenida en su desarrollo ofrecerá una base segura para formular inferencias, hacer recomendaciones, apoyar decisiones o aceptar algo como un hecho (Torres, 2006).

La fiabilidad hace referencia al grado de precisión o exactitud de la misma (García, 2003). Si aplicamos, por tanto, repetidamente el instrumento al mismo sujeto, será confiable en tanto en cuanto produzca los mismos resultados.

La validez, en cambio, se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir (Fortín, 1999). Ciertas variables, como sexo o la nacionalidad, son muy fáciles de observar o de preguntar, obteniendo respuestas válidas; pero cuando se trata de diversas variables que se trabajan en ciencias sociales, como motivaciones, experiencias, actitudes u opiniones, la validez del instrumento que pretenda medirla se hace más compleja.

Según Nunnally (1987), se definen tres facetas fundamentales para medir la validez de un instrumento, la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo:

- La validez de contenido se estima en el grado de representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir.
- La validez de criterio implica que la medición del instrumento se ajusta a una norma externa. Si el criterio se proyecta al futuro, se habla de validez predictiva; si se fija en el presente, se habla de validez concurrente.
- La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde la perspectiva científica, ya que se refiere al grado en que una medición aportada por un instrumento se relaciona consistentemente con

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

otras mediciones que han surgido de hipótesis y teorías antecedentes (Pérez- Gil y Moreno, 2000).

No obstante, Cronbach (1984, p 126) señala que “*la meta final de la validación es la explicación y comprensión y, por lo tanto, esto nos lleva a considerar que toda validación de constructo*”.

La validez de los resultados de un instrumento de medición puede verse afectada por diferentes factores, los cuales pueden estar asociados tanto al proceso de elaboración de la prueba como a otros relacionados con los procedimientos de administración, calificación e interpretación de los resultados (Henerson et al, 1987; citado por Martínez Gimeno, 2013). Definimos, a continuación, algunos de ellos:

- La improvisación. Para poder construir un instrumento, se requiere conocer muy bien la variable que se pretende medir y la teoría que la sustenta.
- Validación fuera del contexto: Traducir un instrumento, aun cuando adaptemos los términos a nuestro lenguaje, no es validarlo. Los grupos, las personas cambian y tienen valores diferentes. Por tanto, se deben aplicar instrumentos ya validados en el contexto.
- La educación. Hay instrumentos que tienen un lenguaje muy elevado para el entrevistado o no tienen en cuenta diferencias de sexo, edad, nivel ocupacional y educativo.

Las condiciones de aplicación. El ruido presionar para que una persona constate un instrumento largo en un periodo de tiempo corto o la falta de motivación para responder, influirán negativamente en la validez y confiabilidad de la medida.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Los aspectos mecánicos. Es fundamental que la presencia del instrumento esté cuidadosamente diseñada, con instrucciones precisas, facilidad de lectura, etc.

En nuestro caso, y teniendo en cuenta las premisas anteriores, el cuestionario ha sido validado en contenido en su contexto, por lo que la literatura denomina un grupo control. Pasamos a describir más ampliamente cada uno de los procedimientos.

3.7.1.1. Validez del Instrumento.

En este apartado explicaremos el procedimiento y resultado de la fiabilidad y validez del instrumento de recogida de datos.

En primer lugar, en cuanto a la validez del cuestionario, se realizó mediante la evolución un grupo control, que fueron 20 estudiantes de UNAN FAREM Chontales.

Para el diseño del cuestionario se tomó como punto de referencia los cuestionarios revisados es el Naciones Unidas de la oficina contra las drogas y delitos, cuyo cuestionario fue nombrado como uso indebido de drogas (GAP) realizado en 2003, el que contenía como promedio de 20- 30 ítem, otros de los instrumentos revisado es instrumento Europeo denominado “cuestionario sobre las drogas en el ámbito universitario, Universidad Pablo de Olvide” (Castillo Manzano et al, 2009), dicho cuestionario cuenta con 52 ítem.

Tras varias versiones que fueron contrastándose con los docentes y representantes de las instituciones (que se mencionaron anteriormente), se construyendo una prueba piloto que se denominó **Pilotaje – Pretest**, que se ensayó en la fase de validación con el objetivo modificar o agregar algunos aspectos de difícil comprensión o que hacían falta dentro del cuestionario, ante

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

definir la versión definitiva del cuestionario, para determinar la confiabilidad y la validez del instrumentos se realizó a través de un grupo control.

3.7.2. Validación por un grupo control

En la realización de la encuesta social Briones (2002) diferencia distintas etapas, entre las que se encuentra la prueba de los instrumentos una vez construido, considerando que deben probarse en un grupo relativamente pequeño, de características semejantes a las de las poblaciones que se va a estudiar.

Se entiende por grupo control en una investigación a aquellos sujetos que presentan idénticas características que la muestra seleccionada para el estudio. EL establecimiento de un grupo control es útil cuando se quiere validar determinadas prácticas en una población (Torres, 2006).

En la misma línea, Rodríguez, Gil y García (1996), declaran la utilidad de emplear un pequeño que previamente pruebe el instrumento.

Una vez estructurado y diseñado el cuestionario, éste debe probarse entre una submuestra pequeña con objeto de observar, entre otras cosas, en qué medida han funcionado las preguntas y los problemas que puedan surgir (Rodríguez, Gil y García, 1996, p 1995).

De esta forma, se optó por pilotar el cuestionario con un grupo que cumpliera las mismas características que la muestra a la que iba destinada. Así, el equipo participante quedo conformado por 20 estudiante de las diferentes áreas de formación. Los miembros que formaban el grupo no se conocían entre sí, y fueron elegidos aleatoriamente por la finalidad para contactar con ellos debido a su condición de pertenecer a esta casa de estudio y su disponibilidad para colaborar.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Este grupo control se les presento mediante una reunión, en colaboración con la unión nacional de estudiantes universitario (UNEN), para explicar el objetivo de la aplicación del instrumento, en que fue previamente construido bajo la opinión de docentes y representantes de instituciones, el instrumento fue acompañado con de valoración donde se incluían las cuestiones referidas a la opinión global del cuestionario. Así mismo, se incluyó un apartado donde se les facilitara la posibilidad de introducir anotaciones o comentarios.

Tabla 11 Protocolo utilizado por el grupo control para la valoración del cuestionario

HOJA DE VALORACIÓN PARA EL GRUPO CONTROL					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
1.Sexo: Hombre: _____			Mujer: _____		
2.Carrera que estudia: _____					
Una vez cumplimentado el cuestionario a valorar por favor, rellene de forma sincera las siguientes cuestiones. Marcar con una X las respuestas que corresponda.					
3. La comprensión del cuestionario con carácter general le ha resultado:					
1	2	3	4	5	6
Muy difícil de comprender			Muy fácil de comprender		
			Si	No	
4. ¿Hay alguna pregunta que no entienda?					
En caso afirmativo, indique el/ los nº _____					
¿Cree necesario eliminar algunas preguntas?			Si	No	
En caso afirmativo, indique el/los nº _____					
¿Cree necesario introducir alguna pregunta?			Si	No	
En caso afirmativo, indíquela/s _____					
La dimensión del cuestionario le ha resultado:					
1	2	3	4	5	6
Muy inadecuada			Muy adecuada		
Por favor, plantee a continuación de forma breve, cualquier aportación que pudiera parecerle pertinente para la mejora del cuestionario.					
¡Gracias por su colaboración!					

Fuente: Elaboración Propia del investigador

A continuación, se describen las conclusiones más importantes extraídas de la valoración del grupo control

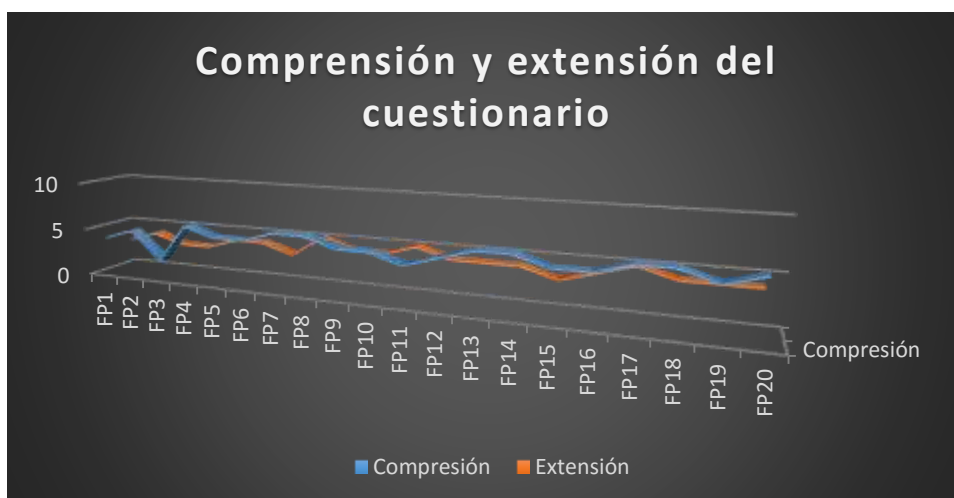
**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Tabla 12 Respuestas obtenidas en las escalas de valoración del grupo control

Alumnado	Comprensión	Extensión
FP1	4	3
FP2	5	4
FP3	2	3
FP4	6	3
FP5	5	4
FP6	5	4
FP7	6	3
FP8	6	5
FP9	5	4
FP10	5	4
FP11	4	5
FP12	5	4
FP13	6	4
FP14	6	4
FP15	5	3
FP16	5	4
FP17	6	5
FP18	6	4
FP19	5	4
FP20	6	4

Fuente: Elaboración propia del investigador

Gráfico 3 Respuestas del grupo control a las escalas de valoración para la validación del instrumento



Fuente. Resultado de validación del Instrumento

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Como se puede observar, tanto en la tabla 10 como en el gráfico ¿las respuestas de los participantes en el grupo control se han concentrado en niveles altos de la tabla. Con respecto al grado de comprensión del instrumento, la mayoría lo sitúa entre “fácil” (5) y “muy fácil” (6). No ocurre lo mismo con la extensión, sin embargo, podemos observar que el 87% del alumnado que equivale al (17), lo sitúan en los valores intermedios. Estos datos, unido a la información recogida en la cuestión nº 5 “ **cree necesario eliminar algunas preguntas**”, en la que un 85% de los participantes afirma que “**si**” pero solo 12 afirman que hay que retirar algunas, pero no nombran ítems en concreto, pero si L base filosóficas para este método fue proporcionado por Hermer y Dalkey (1963). Estos autores argumentaban que en aquellos ámbitos donde no se han explicado leyes científicas, el testimonio de los expertos pero nos hacen algún planteamiento tales como:

Hay drogas que no se deben valorar ya que en Nicaragua no se conocen como “Drogas síntesis”, cuanto al ocio no considero lo deben eliminar, ya que lo quieren evaluar es el consumimos o no. Y agregar las posibles temáticas que se pueden integrar en educación para la salud (Fp2, 6,7,9,10,11,12,15,16,17,18,19)

Estos planteamientos los hemos retomado, ya que el cuestionario era muy extenso y difícil de contestar, en esta posición, ¿**Cree necesario introducir alguna pregunta?** el 100% de alumnado responde que sí, pero lo remarcan que hay que incluir posibles temáticas que se integrarían en educación para la salud. Con respecto a la extensión del cuestionario, no pudimos más que retirar la pregunta (7, 8, 9,10) y reducir el número opciones de respuestas en los ítems, refiriendo a la cantidad de consumo de cada droga.

3.7.2 Confiabilidad de la investigación

Para la medición de un instrumento de recolección de datos debe de tener

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

dos requisitos esenciales. Confiabilidad y validez. La cual abordaremos en esta apartado sobre la confiabilidad, ya que validez ya el hemos abordado en el apartado anterior.

Para Hernández, Collado y Baptista (2003) refiere que la confiabilidad es el “*Grado en el que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo fenómeno genera resultados similares*” (2000, p 348).

La confiabilidad puede ser medida por diversos procedimientos, aunque todos utilizan fórmula que producen coeficientes de confiabilidad cuyos valores oscilan entre 0 y 1, en donde un coeficiente 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad; entre los coeficientes más utilizados se encuentran:

Al finalizar el proceso de construcción del instrumento definitivo, se nos planteaba el problema de la fiabilidad, Autores como Bisquerra (1989) nos orientan sobre los procedimientos del cálculo de este coeficiente en base a:

- Tes-retest: se administra la misma prueba dos veces a los mismos sujetos con un intervalo de tiempo entre las aplicaciones
- Forma paralela: alguna prueba tiene dos o más formas equivalentes, ofreciendo la correlación entre ellas el coeficiente de fiabilidad.
- Dos mitades: una vez que se ha aplicado el *test*, se divide en dos mitades, hallando la correlación entre ellas.
- Consistencia interna: es un análisis estadístico utilizando la Alfa de Cronbach o las fórmulas de Kuder- Richardson (Bisquerra, 1987, pp 289-293)

En nuestro caso, tanto la técnica de “test- retest”, como la de “formas paralelas” eran inviables, pues la dimensión del instrumento nos impedía repetir una prueba que ya de por sí era tediosa de aplicar en cuanto a tiempo, y que

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

requería de los sujetos encuestados un nivel de esfuerzo considerable. Por este mismo hecho, duplicar el número de preguntas aumentando considerablemente la dimensión de cuestionario fue un hecho que nos vimos obligados a descartar.

En cuanto a la técnica de las “dos mitades” y la prueba de “consistencia interna”, se basan en el cálculo de la fiabilidad por medio de estadísticos no aplicables a variables nominales en las que no podemos manejar propiedades de los números como el orden o el tamaño (Gil, Rodríguez y García, 1995).

De esta forma, siguiendo los procedimientos utilizados por Marcelo (1996) y Cabero, Gallego y Pavón (1998, citado en Muñoz Díaz 2013), ciñéndonos en nuestro caso a los ítems correspondientes al comportamiento de consumo, percepciones y factores de riesgos, aplicamos el test estadístico del coeficiente de consistencia alfa de Cronbach a las preguntas que lo permitían.

- Ítems que se sometieron a prueba de alfa de Cronbach

RELIABILITY

/VARIABLES=P1 P2 P3 P5 P6a P6b P6c P6d P6e P6f P6g P6h P7a P7b P7c
P7d P7e P7f P7g P7h P8a P8b P8c P8d P8e P8f P8g P8h P9a P9b P9c P9d P9e
P9f P9g P9h P10a P10b P10c P10d P10e P10f P10g P10h P11a P11b P11c
P11d p11e P11f P11g P11h P12a P12b P12c P12d
P12e P12f P12g P12h P13a P13b P13c P13d P13e P13f P13g P13h P14a P14b
P14c P14d P14e P14f P14g P14h P15a P15b P15c P15d P15e P15f P15g P15h
P16a P16b P16c P16d P16e P16f P16g P16h P17a P17b P17c P17d P17e P17f
P17g P17h P18a P18b P18c P18d P18e P18f P18g
p18h P19a P20 P21a P21b P21c P21d P21e P21f P21g P21h P22a P22b P22c
P22d P22e P22f P22g P22h P23a P23b P23c P23d P23e P23f P23g P23h P24
P25a P25b P25c P25d P25e P25f P25g P25h P26a P26b P26c P26d P26e P26f
P26g P26h P27a P27b P27c P27d P27e P27f P27g
P27h P28a P28b P28c P28d P28e P28f P28g P28h P28i P28j P28k P28L P29A
P29B P29c P29d P29e P29f P29g P29h P29i P29j P29K P29L P29m P29N

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA

/STATISTICS=SCALE.

El alfa de Cronbach está basado “en *información de varianza recogida a través de los ítems del test aplicado en un solo momento temporal*” (Losada y López- Feal, 2003). La fórmula “*exige determinar la varianza correspondiente a cada uno de ellos y es expresada de la siguiente manera*” (Del Rincón et al, 1995: 66).

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Figura xx. Fórmula alfa de Cronbach.

Siendo:

K: número de ítems de la prueba.

S²_i: sumatorio de la varianza de cada uno de los ítems de la prueba.

S²_t: varianza de las puntuaciones de cada sujeto en el total de la prueba.

Teniendo en consideración todos los aspectos mencionados, se sometieron los ítems de referencia, según las respuestas de los 20 sujetos que conformaron el grupo control, al coeficiente de fiabilidad de Cronbach, para lo cual utilizó el paquete de análisis estadísticos para ordenador IBM SPSS staatictics versión 18 para Windows. En la siguiente tabla se presentan los valores obtenidos.

Tabla 13 Resultado de Alfa de Cronbach de nuestra investigación

Estadísticos de fiabilidad

Alfa	de	N	de
Cronbach		elementos	

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

,942	185
------	-----

Fuente: Resultado de fiabilidad en SPSS

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
560,71	2462,596	49,625	185

De acuerdo con Bisquerra (1987:189), “*correlaciones situadas entre el intervalo 0,8 y 1 son consideradas como muy alta y en consecuencia denotan alto niveles de fiabilidad del instrumento*”.

En ciencia sociales es aceptado de 0,7 en adelante, siendo el valor 0,8 a 0,9 una confiabilidad muy alta y de 0,9 a 1 confiabilidad óptima. En el caso de nuestro cuestionario, no podemos afirmar la generalidad de esta premisa, ya que las variables con las que estamos trabajando se han planteado en escala nominal y sólo en las cuestiones que se corresponden con la de comportamiento de consumo, percepción y factores de riesgo era posible aplicar el estadístico. Basado en lo anterior que se explicó, resultados obtenidos, de **confiabilidad alfa Cronbach** de nuestro instrumento demuestra un alto grado de consistencia “**0,942**” y nos indica que la consistencia interna del mismo es muy alta.

Posterior a la validación del instrumento, terminaremos a aplicación del instrumento y variables del estudio en siguiente apartado.

3.7.3. La aplicación del cuestionario.

Una vez construido la versión definitiva, quedo conformada por 25 ítems, del cual tienen subvariables en cada pregunta contienen un promedio de 3 a 9 subvariables por cada pregunta, lo que viene a conformar el cuestionario a 185 sub elementos que se relacionan directamente con la operacionalización de las variables, tal como se refleja a continuación en la siguiente tabla.

Tabla 14 Correspondencia de ítems con las variables

Definición de objetivo específico	Variable	Ítems del cuestionario
-----------------------------------	----------	------------------------

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Categorizar los perfiles de los jóvenes universitarios con relación a los distintos consumos y establecer posibles diferencias entre género	Sexo	P1
	Edad	P2
	Situación académico laboral	P3
	Carrera que estudia	P4
	Departamento académico que pertenece	P5
Conocer el comportamiento y actitud de los jóvenes universitario hacia el consumo de drogas	Has consumido alguna vez en tu vida algunas de las siguientes drogas	P6
	¿Cuándo fue la primera vez que consumiste?	P7
	¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez	P8
	¿Dónde estabas cuando consumiste por primera vez	P9
	¿Con quién estabas cuando consumiste por primera vez	P10
	¿Por qué razón consumiste por primera vez?	P11
	¿Cuándo fue la última vez que consumiste drogas?	P12
	¿El qué lugar consumiste por primera vez?	P13
	¿Con quién consumiste por última vez droga?	P14
	¿Con qué frecuencia has consumido alguna droga)	P15
Conocer las percepciones que tienen los jóvenes universitarios sobre el consumo de drogas.	¿Por qué razón continúas consumiendo?	P16
	¿Por qué razón no haz consumido?	P17
	Si tuvieras que clasificar tú experiencia del consumo como la clasificarías?	P18
Identificar los factores de riesgo y protección influyen en consumo o no consumo de	En cuanto al entorno familiar y social	19
	¿Cómo clasificarías el consumo de droga en la universidad?	P20
	¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume droga?	P21
	¿Cuán difícil te sería	
	¿Cuán tan difícil se te sería conseguir droga en la universidad?	P22

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

drogas	¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron ya sea para consumo o para ir comprar droga dentro de la universidad?	P23
Valorar la importancia de incorporar en el currículo de la universidad, la educación para la salud.	Educativo, capacitación. Información	P24
	Posibles temáticas para incluir en la asignatura de EpS.	P25

Fuente: Elaboración Propia de la investigadora.

Los ítems 1 al 5 conforman el cuerpo de variables independientes, con la que se recogió la información del alumnado de la muestra seleccionada, con el objeto de establecer relaciones entre el consumo y, la variable género. Seguidamente, se procedió, aplicación de los instrumentos con la colaboración de docentes, representante de UNEN, y al mismo tiempo se buscó determinar la técnica de análisis a utilizar para el procesamiento de datos. La cual abordaremos el apartado siguiente.

3.8. Técnica utilizada para el análisis de los datos

Según la literatura existen, esta fase puede ser definida como “*el conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones realizadas a partir de los datos con el de extraer significado relevante con la relación a un problema de investigación*” (Gil, 1994, p 33). De esta forma, su principal objetivo es ofrecer la oportunidad de llegar a interpretaciones razonables y generalizaciones, dar sentido a la información que se ha obtenido y organizarla para poder explicar y describir el fenómeno objeto de estudio (Bisquerra et al, 2004).

Siguiendo a Sierra (1999), el momento Metodológico puede concebirse en tres instancias:

- Métodos de recolección y organización de los datos (relacionado al

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

tratamiento del momento empírico).

- Métodos de construcción teórica.
- Métodos de contrastación o validación de hallazgo (asociados al tratamiento del momento teórico).

El análisis comienza, por tanto, con las primeras decisiones generales sobre dónde mirar y buscar y finalizar con el informe de resultados (Cordero, 2002).

La investigación de carácter social requiere un vínculo directo del propio investigador con la realidad estudiada. En este sentido, se ha llevado a cabo un exhaustivo análisis documental que se ha materializado en la operacionalización de las variables de estudio con base para la elaboración y posterior tratamiento de la información obtenida. En la línea de Miles y Huberman (1984), hemos optado por trabajar desde una vía deductiva, caracterizada porque se parte de una codificación o marco previo. De esta manera, se ha podido comprobar cómo muchas apreciaciones y comentarios propios enriquecen los datos brutos y la información teórica encontrada (Prieto, 2006).

Como hemos expuestos en apartado anteriores, se ha trabajado bajo un paradigma cuantitativo de investigación, lo que nos ha llevado a la delimitación de la información con un carácter cuantitativo. No obstante, y antes de pasar a la descripción detallada del análisis de cada una variable, nos parece necesario exponer el procedimiento seguido para operativizar la información obtenida de la revisión bibliográfica, a fin de aunar la información objeto de estudio con los objetivos iniciales planteados, iniciaremos definiendo las variables de estudio y la hipótesis de nuestra investigación.

3.8.1 Variables

Normalmente, en las investigaciones sociales se prescinde de las hipótesis establecidas previamente a la recogida de datos y el análisis e

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

interpretación de los mismos. Se suele considerar que el hecho de establecer una hipótesis resta espontaneidad al proceso de investigación, obligándola a demostrar o refutar la misma sin posibilidad de introducir elementos o factores no previstos. Asentábamos

Como apuntábamos con anterioridad, al trabajar con conductas humanas se necesita mayor maleabilidad, en nuestro caso, hemos procedido a investigar sin partir de hipótesis previa en relación con nuestro objeto de análisis. Aún con esta premisa, siempre se parte de preconcepciones acerca del estudio.

En ocasiones estas premisas han sido fundadas otras se han abandonado por falta de pruebas para validarlas. De este modo al no contar con la hipótesis nos ha posibilitado ir introduciendo elementos que nos han ido pareciendo de relevancia para nuestro estudio.

Por otra parte, los especialistas en metodología de investigación atribuyen a las hipótesis un valor esencial en cuanto a la previsión de las variables a estudiar, de forma que nuestras preconcepciones, han posibilitado establecer las variables que deseábamos estudiar, considerando a estas como todos los aspectos a ser analizados de manera cualitativa o cuantitativa.

El estudio de las variables ocupa un lugar primordial en el proceso de investigación científica, tal y como indican diferentes autores como Bisquerra (1996), Arnau (1978), Fox (1981), Kerlinger (1982) y Travers (1979), entre otros.

Freeman (1971) define la variable como cualquier característica observable de aquello que sea susceptible de tomar distintos valores o expresado en diferentes categorías. Lazarsfeld (1984; citado en Muñoz Díaz, 2013) determina que es un concepto amplio que engloba a cualquier característica, aunque esta no esté identificada con la media que los hace especialmente importantes en el ámbito de ciencias sociales. Fox (1981) la entiende como aquella característica que, en unos proyectos de investigación,

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

puede tener más de un valor.

En nuestra investigación han prevalecido las variables de carácter cualitativo como son el conocimiento y las opiniones o valoraciones de un determinado grupo de personas ante una situación determinada de la vida.

De igual forma, hemos analizado algunas variables relacionadas con las características personales de los sujetos que han participado en nuestro estudio. Estas las podemos dividir en dos grupos:

Variables dependientes

Variables independientes

Bisquerra realiza esta clasificación de variables:

Tabla 15 Clasificación de variables

CRITERIOS	TIPOS	CARACTERÍSTICA GENERAL
Según el enfoque teórico- explicativo	Estímulo	Condiciones externas al individuo que pueden afectar a su comportamiento.
	Respuestas	Comportamiento manifiesto del individuo.
	Intermediarias o intervinientes	Se interponen entre las dos anteriores.
Según el criterio metodológico	Independiente	Factor que el investigador se propone observar y manipular de manera deliberada para descubrir su relación con la variable dependiente. Se clasifican en situacionales (de tarea o ambientales) y orgánicas (de estado o
	Dependientes	Fenómeno que aparece, desaparece o cambia cuando el investigador aplica, suprime o modifica la variable
	Extrañas	Variables ajenas al experimento, pero que pueden ejercer una influencia sobre los resultados.
Según la manipulación	Activas o experimentales	Pueden ser manipuladas directamente por el experimentador.
	Asignadas	Las que no se pueden manipular. Suelen coincidir con las organizadas.
	Cualitativas	Se establecen categorías para cada modalidad de variable ² .

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Según las propiedades matemáticas	Cuantitativa	Carácter susceptible de ser medido numéricamente. Tipos: <i>Discretas</i> : cuando sólo pueden tomar determinados valores. <i>Continuas</i> : pueden tomar cualquier valor intermedio dentro de un <i>continuum</i> .
Según el control experimental	Aleatorios	El investigador no tiene posibilidad de manipularlas, tan sólo constata valores observados.
	Controlados	Aquellas cuyos valores determina o asigna el investigador en cada uno de los individuos.

Fuente: Bisquerra (1996, pp74-78)

En nuestra investigación pretendemos analizar en profundidad las variables dependientes de un modo aislado en un primer momento, para posteriormente pasar a realizar interrelación entre ambas. Con esta propuesta tratamos de hallar correlaciones entre algunos rasgos o características personales y los conocimientos y valoraciones en torno a la Educación para la salud y las drogas.

La veracidad es para nosotros el criterio que regula la validez interna del estudio, la verdad de los hallazgos. La aplicabilidad por su parte, hace referencia a la validez externa y así establecer la generalización de los resultados obtenidos, es decir, la transferibilidad de los resultados. Por su parte, la consistencia o estabilidad es lo que regula, es decir, lo que denominamos fiabilidad. Ésta nos garantiza que, si el estudio se volviera a repetir, los resultados permanecerían estables.

Finalmente, la neutralidad es el criterio que nos certifica la objetividad del estudio, evitando lo más posible la influencia de variables extrañas.

3.8.2. Operacionalización de Variable

Para poder hablar de operacionalización de la variable, tenemos definir primeramente que es una variable. Desde un inicio la operativización se ubica en las primeras fases de la investigación, y de igual forma que la delimitación del

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

tema, tenemos claro que estos procesos llevan varias revisiones. Para delimitar un tema y operativización de las variables, se tienen que hacer una indagación exhaustiva de las literaturas (estado del arte), que incorpore nuevas alternativas sobre la realidad o fenómeno en estudio (Reguant y Martínez, 2014).

Diferentes autores de Operacionalización de concepto o variables se entiende como: La variable es definida “*como las características o atributos que admiten diferentes valores*” (D’Ary, Jacobs y Razavieh, 1982, citado por Ávila Baray 2006 p 30)

Para Ávila Baray, operativizar es definir las variables para que sean medibles y manejables, lo que viene a definir operativamente el problema, objetivo y subtemas (PON), lo que lleva a aunar las variables en estudio (2006).

Siguiendo esa misma línea Núñez Flores, que la operacionalización de conceptos o variables se entiende como:

[...] la variable es todo aquello que se va a medir, controlar y estudiar en una investigación, es también un concepto clasificatorio. Pues asume valores diferentes, los que pueden ser cuantitativos o cualitativos. Y también pueden ser definidas conceptual y operacionalmente (2007, p. 167)

Desde nuestro punto de vista la operacionalización de las variables, es un proceso que consiste en descomponer de una forma deductiva las variables que conforman el problema de investigación, que tienen que partir de lo general a lo más específico, en otras palabras, las variables se subdividen en dimensiones, áreas o indicadores que se miden dentro de una investigación.

Para esta investigación las variables que se le se pretendieron dar respuestas son las siguientes:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

Tabla 16 Operacionalización de las Variables de investigación

Definición de objetivo general	Definición de objetivo específico	Variable	Indicador	Ítems
Analizar el consumo de sustancias adictivas en el medio educativo universitario.	Categorizar los perfiles de los jóvenes universitarios con relación a los distintos consumos y establecer posibles diferencias entre género	Sexo	F- M	P1
		Edad		P2
		Situación académico laboral	1 Solamente estudia. La mayor parte del tiempo le dedico al estudio y parcialmente al trabajo. 4.La mayor parte del tiempo de dedico al trabajo y parcialmente al estudio	P3
		Carrera que estudia	Marcar carrera que estudia	P4
	Departamento académico que pertenece	DCE DCTyS DCEyH	P5	
	Conocer el comportamiento y actitud de los jóvenes universitario hacía el consumo de drogas	Has consumido alguna vez en tu vida algunas de las siguientes drogas	Si NO	P6 P6a Tabaco. P6b. Alcohol P6c Marihuana P6d. Cocaína P6e Crack P6f Pegamento. P6g Anfetamina P6h Éxtasis

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

		¿Cuándo fue la primera vez que consumiste?	Durante los últimos 30 días. Hace más de un mes, pero menos de un año. Hace más de un año.	P7 P7a Tabaco. P7b. Alcohol P7c Marihuana P7d. Cocaína P7e Crack P7f Pegamento. P7g Anfetamina P7h Éxtasis
		¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez	Edad complica cuando inicio en consumo	P8 P8a Tabaco. P8b. Alcohol P8c Marihuana P8d. Cocaína P8e Crack P8f Pegamento. P8g Anfetamina P8h Éxtasis
		¿ Dónde estabas cuando consumiste por primera vez	En mi casa, En mi barrio, En una fiesta, En el colegio. En la Universidad	P9 P9a Tabaco. P9b. Alcohol P9c Marihuana P9d. Cocaína P9e Crack P9f Pegamento. P9g Anfetamina P9h Éxtasis

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

		¿Con quién estabas cuando consumiste por primera vez	Con un grupo de amigo. Sola/sola Con familiares Con compañero del colegio. Con compañero de la universidad.	P10 P10a Tabaco. P10b. Alcohol P10c Marihuana P10d. Cocaína P10e Crack P10f Pegamento. P10g Anfetamina P10h Éxtasis
		¿Por qué razón consumiste por primera vez?	Falta de información. Por curiosidad. Para ser parte del grupo de amigos Para pasarlo bien. Por estrés Para sentirme seguro/a Porqué me sentía solo/a. Porqué entre mis	P11 P11a Tabaco. P11b. Alcohol P11c Marihuana P11d. Cocaína P11e Crack P11f Pegamento. P11g Anfetamina P11h Éxtasis

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

			amigo se consume.	
		¿Cuándo fue la última vez que consumiste drogas?	Durante los últimos 30 días Hace más de un mes, pero menos de un año. Hace más de un año. Hace una semana. No aplica.	P12 P12a Tabaco. P12b. Alcohol P12c Marihuana P12d. Cocaína P12e Crack P12f Pegamento. P12g Anfetamina P12h Éxtasis
		¿El qué lugar consumiste por primera vez?	En mi casa, En mi barrio, En una fiesta, En el colegio. En la Universidad	P13 P13a Tabaco. P13b. Alcohol P13c Marihuana P13d. Cocaína P13e Crack P13f Pegamento. P13g Anfetamina P13h Éxtasis
		¿Con quién consumiste por última vez droga?	Con un grupo de amigos. Sola/sola Con familiares	P14 P14a Tabaco. P14b.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

			<p>Con compañero del colegio.</p> <p>Con compañero de la universidad.</p>	<p>Alcohol P14c</p> <p>Marihuana P14d.</p> <p>Cocaína P14e Crack P14f</p> <p>Pegamento. P14g</p> <p>Anfetamina P14h Éxtasis</p>
		¿ Con que frecuencia has consumido alguna droga)	<p>Todos o casi todo los días</p> <p>Algunos días de la semana</p> <p>Sólo los fines de semana</p> <p>Sólo los fines de semana</p> <p>Ocasionalmente en el mes</p> <p>No consumo</p>	P15
	Conocer las percepciones que tienen los jóvenes universitarios sobre el consumo de drogas.	¿Por qué razón continúas consumiendo?	<p>Por problemas familiares</p> <p>Para continuar siendo parte del grupo.</p> <p>Para mejorar mi rendimiento académico.</p> <p>Porqué mis amigos consumen</p> <p>Por soledad</p> <p>Porqué me hace falta.</p> <p>Por stress</p> <p>No consumo</p>	P16

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

		¿Por qué razón no haz consumido?	Por falta de oportunidad Porque no me interesa. Para evitar problemas legales Por el daño que le provoca a la salud Para evitar problemas académicos Por la dificultad de conseguir Porque no he sentido la necesidad Continuo consumiendo	P17
		¿Si tuvieras que clasificar tú experiencia del consumo como la clasificarías?	Muy mala Mala Regular Buena Muy buena No aplica	P18
	Identificar los factores de riesgo y protección influyen en consumo o no consumo de drogas	En cuanto al entorno familiar y social	Si No	19 P191- P192 P193- P194 P195
		¿Cómo clasificarías el consumo de droga en la universidad?	Muy grave Grave Leve No sabe	P20
		¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una	No corre ningún riesgo	P21

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

		persona que consume droga? ¿Cuán difícil te sería	Corre un riesgo leve Corre un riesgo moderado Corre un riesgo grave	
		¿Cuán tan difícil se te sería conseguir droga en la universidad?	Fácil Difícil No la podría conseguir	P22
		¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron ya sea para consumo o para ir comprar droga dentro de la universidad?	Hace 1 semana. Hace 15 días Hace 30 días Hace más de un mes, pero menos de un año. Hace más de un año. Nunca me han ofrecido.	P23
Determinar la necesidad de integración curricular de la educación para la salud en la UNAN-Managua, Nicaragua 2016	Valorar la importancia de incorporar en el currículo de la universidad, la educación para la salud.	Educativo, capacitación. Información	Poco Nada Bastante Mucho	P24
		Posibles temáticas para incluir en la asignatura de EpS.	Si No	P25

Fuente: Elaboración propia de la Investigador.

Con las variables definidas para esta investigación, procesaremos a determinar en siguientes apartados las hipótesis de esta investigación y posteriormente el tratamiento estadístico que se le dieron a los resultados obtenidos del cuestionario.

3.9. Análisis cuantitativo del cuestionario

En una investigación el análisis de los datos es esencial para obtener respuestas de ellos. Para Briones (2002, p 71), *“consiste en determinar, mediante técnicas estadísticas apropiadas, la formas, magnitudes y relaciones que se dan esos datos, las cuales son buscada de acuerdo con os objetivos propuestos”*

En esta investigación se ha intentado poner en manifiesto la imagen y los constructos sociales existentes en torno a las drogas, donde quedan reflejados el consumo y percepciones de los jóvenes universitarios teniendo en cuenta las peculiaridades de esta población.

Lo primero que debemos indicar es que encontramos en la primera fases de la investigación en la que hemos utilizando u instrumentos cuantitativos como es la encuesta estadística.

Además, en esta fase sólo venimos a realizar una descripción de los usos, frecuencias, actitudes valores, opiniones, ante las actuaciones realizadas y posibles alternativas para mejorar el estado de la cuestión.

Los indicadores en estudios de han disminuido, relacionados con estudios intencionales específicamente en la universidad Pablo De Olavide de Sevilla España, hemos disminuido los ítems, y adaptarlos al medio en el que se realizada en este estudio

El proceso que se ha seguido para analizar los resultas recopilados a través del cuestionario, se inicia con la elaboración de depuración de la matriz de datos. La idea fundamental para el análisis e interpretación de los datos, es la utilización de SPSS 18. La interpretación de información debe apuntar al

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

problema de estudio. Plantaremos a continuación como se realizará el análisis de la información.

Esquema 17 Fase analítica de datos cuantitativos



Fuente: Elaboración propia de la Investigador.

Cuando hacemos referencias a instrumentos de tipo cuantitativo, la estadística se posiciona en un lugar mimado entre las técnicas de análisis de datos.

En la actualidad, sabedores de los avances informáticos que permiten la realización de todo tipo de cálculos, se ha abandonado los cálculos manuales para pasar a la utilización de programas informáticos. Uno de estos paquetes estadísticos, el Statistikal Package for Social Sciences (SPSS), es el que utilizaremos para nuestro estudio de investigación, realizando los cálculos que requería el mismo. Se hará unos de la estadística descriptiva para el análisis de los datos para porcentaje, Chi cuadrado, Coeficientes de contingencias, intervalo de confianza para media, coeficientes de correlación de Pearson y los datos obtenidos se representará en gráficos barras, Histogramas, gráficos de cajas, tablas de correlación.

Por otra parte, las técnicas utilizadas han sido los estadísticos fundamentales en los análisis descriptivos: Frecuencias y porcentajes. Este proceso, tal como indican Bisquerra et al, (2004), nos ayudó a hacer los datos

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

más comprensibles y manejables de cara a la interpretación: para los análisis estadísticos realizados en la investigación. Se ha utilizado el paquete IBM SPSS Statistics 18 bajo Windows y hemos contado con la colaboración del Msc Tonys Romero Díaz y Msc. Marcos Antonio Reyes Centeno, ambos Docente de Metodología de la investigación y estadística de la UNAN FAREM Chontales, de la Facultad de ciencia de la Educación y Humanidades.

En esta segunda fase, nos pareció relevante centrarnos en determinar el grado de asociación entre algunas de las variables. En este sentido, al tratarse de variables nominales, no es posible el cálculo de correlaciones clásicos de Pearson, no de Spearman, sino que hay que recurrir al cálculo de medidas de asociación e independencia en tablas de contingencias, como son el coeficiente Chi- cuadrado y el coeficiente de Contingencia.

Este estadístico relaciona los valores observados con los valores esperados, siendo los primeros los que obtengamos de la investigación realizada, y los segundos, lo que se espera que sucedan. Su cálculo viene representando en la siguiente fórmula

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Figura 27: Fórmula Chi- Cuadrado

La tabla de contingencias original es la que contiene los valores observados; los valores esperados se calculan multiplicando el total de cada fila por el total de cada columna y dividiendo entre el número de observaciones (n), cuya expresión es:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

Figura 28. Fórmula Coeficiente de contingencia C

Hay que detallar el hecho de que esta labor de análisis es clave imprescindible para el establecimiento progresivo de comprensiones e interpretaciones por parte del investigador, en tanto este momento ha supuesto que se diese cuenta de numerosos aspectos importantes e interesantes en la investigación, lo cual será esencial en las conclusiones finales.

Tal y como expone Gil, Rodríguez y García (1995), el coeficiente de contingencia C está comprendido entre 0 y 1. El signo nos indica si las variables correlacionan en una misma dirección o en direcciones opuestas, pero no podemos hablar de incrementos o disminuciones en el valor, ya que entre las variables nominales no se dan ni siquiera relaciones de orden.

Hipótesis

Llegado a este punto, se hace importante aclarar el término de hipótesis estadísticas. Estas son una fase del análisis estadístico y tienen su lugar en las denominadas “pruebas de decisión estadística”. De esta forma, las hipótesis estadísticas *“son exclusivas del enfoque cuantitativo y representan la transformación de las hipótesis de investigación en símbolos estadísticos al objeto de someterlas a pruebas empíricas para determinar si son confirmadas o refutadas”* (Bisquerra et al, 2004, p 133).

La hipótesis suele surgir del problema de investigación y de los objetivos, ya que estos suelen ser la primera afirmación del problema de investigación.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En estadística, una hipótesis “es una aseveración o afirmación acerca de una propiedad de una población. Una prueba de hipótesis (o prueba de significancia) es un procedimiento estándar para probar una aseveración acerca de una propiedad de una población”. (Triola, 2009, p. 386)

Siguiendo esa misma Línea Williams, 2013; citado por Hernández, Fernández Baptista, refieren que las hipótesis son:

Guía para una investigación o estudio. Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se define como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Se derivan de la teoría existente y se deben formularse a manera de proposiciones. De hecho, son respuestas provisionales a las preguntas de investigaciones. (2010, p 92).

Para Namakforoosh en estadísticas existen dos tipos de hipótesis que intervienen en el proceso el proceso de prueba de hipótesis:

Hipótesis nula (**H_n**) que es una declaración de que no existe diferencia entre el valor muestral (estadístico) y el valor población (parámetro) que asevera que cualquier diferencia entre el estadístico y el parámetro es resultado de la causalidad y de fluctuación muestral, y que además está formulada en el proceso de prueba para ser posiblemente rechaza. Hipótesis alternativa (**H_A**) que es la declaración operacional y que es contraria a la hipótesis nula, y es algo que el investigador quiere conocer. (2008, p 334)

Al realizar una prueba de hipótesis se debe tener en cuenta, además de los errores de tipo I y tipo II, las hipótesis alternativas y las nulas, pero se considera que una buena elección de las hipótesis nulas, reduce considerablemente, cometer cualquiera de los dos tipos de errores.

La hipótesis nula (denotada por H_N, en este documento) es la afirmación

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

de que el valor de un parámetro de población (como una proporción, Chi-cuadrada es igual a un valor aseverado).

Si usted está realizando un estudio y desea emplear una prueba de hipótesis para sustentar su aseveración, ésta debe redactarse de tal manera que se convierta en la hipótesis alternativa. Esto quiere decir que su aseveración debe expresarse utilizando sólo estos símbolos: H_N y H_A , No puede utilizar una prueba de hipótesis para sustentar la aseveración de que algún parámetro es igual a algún valor especificado. (Triola, 2009, pág. 290)

La hipótesis nula (H_N) es aquella que refleja el no cambio que esperamos rechazar. El rechazo de H_N , implica que aceptamos la hipótesis alternativa (H_A). Por otra parte, la hipótesis alternativa es aquella proposición que el analista o investigador espera aprobar. (Gómez Giraldo, 2009, p. 215)

Para este caso de investigación, las pruebas de hipótesis se analizan bajo la primicia de que los valores obtenidos como resultado de la aplicación del instrumento para las preguntas, han de ser igual o mayor a 0.05, de tal modo que esto equivale que los encuestado dan una valoración del 50% o más para dar por aprobada la hipótesis alternativa.

Al plantear las hipótesis en este trabajo, se tomó en cuenta algunas consideraciones planteada por los autores anteriores, de tal manera que, para todas las suposiciones, se ha elegido la siguiente estructura:

$H_N: P \alpha \geq 0.05$ (α , esperado es mayor o igual que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (H_A), con una confianza del 95%)

Donde α expresa la proposición planteada para cada hipótesis.

Para esta investigación, se plantea hipótesis general y luego un conjunto de hipótesis, con la condición que si el 50% o más de la hipótesis alternativa

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

planteada, resultan cierta, entonces esto prueba la hipótesis general.

En este trabajo se someterá a prueba de 5 hipótesis que están relacionadas con el inicio de consumo, relacionada con el género. Estas hipótesis, como se ha planteado anteriormente, que se someterán a juicio, considerando que la hipótesis nula, es la que se ha de ser rechazada, para aprobar la hipótesis alternativa.

Las hipótesis planteadas para este trabajo, son las que presentan a continuación y su prueba se hará por la Chi cuadrada, en el programa estadístico SPSS, versión 18, donde la Chi cuadrada teórica es igual o mayor a 0.05 y será a la vez el valor de prueba, que se introducirá a cada ítem que son sometidos a juicio.

La variable género es uno de los elementos destacables en el patrón de consumo de drogas: Las siguientes hipótesis serán probadas, si se prueban todas las hipótesis asociadas al consumo de cada tipo de drogas, de tal forma que, si se prueba cada una de las hipótesis alternativas asociadas, se probarán las hipótesis principales siguientes:

Hipótesis general No 1

H_N: Hay diferencia entre el inicio de consumo de drogas relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el de inicio de consumo de drogas relacionada con el género

Hipótesis asociada No1.1

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo del tabaco relacionada con el género.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo de tabaco relacionada con género.

Hipótesis asociada No1.2

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo del alcohol relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo del alcohol relacionada con el género.

Hipótesis asociada No1.3

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo de marihuana relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo de marihuana relacionada con el género.

Hipótesis asociada No1.4

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo de cocaína relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo de cocaína relacionada con el género

Hipótesis asociada No1.5

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo de crack relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo de crack relacionada con el género relacionada con el género.

Finalizada la prueba de hipótesis procederemos a determinar las correlaciones entre las variables.

Las correlaciones entre las variables, haremos uso del coeficiente de correlaciones de Pearson en el que se define "*como una estadística apropiada*

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

para variables medidas por intervalos, razón y relaciones lineales” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010.335).

Para Pita Fernández y Pértega Díaz. (1997, p 1). Refiere que para hacer una cuantificación hay que determinar coeficiente de correlación de Pearson y dice literalmente:

La cuantificación de la fuerza de la relación lineal entre dos variables cuantitativas, se estudia por medio del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson (1-3). Dicho coeficiente oscila entre -1 y $+1$. Un valor de -1 indica una relación lineal o línea recta positiva perfecta. Una correlación próxima a cero indica que no hay relación lineal entre las dos variables.

Para este estudio pretendemos determinar la correlación, se planteó la siguiente relación bivariada:

Entre las diferentes drogas por ejemplo que correlación existen entre en consumo de tabaco y alcohol.

El que consumen tabaco **vs** iniciar el consumo de alcohol.

El que consumo tabaco **vs** iniciar marihuana.

El consume tabaco vs inicia consumo de cocaína.

EL consume crack vs disminuye el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína.

Finalizando que se utilizará para el análisis de datos cuantitativo, presentaremos a continuación las fases en que se realizará el análisis de los datos

Trabajo de Campo

Capitulo IV.
Resultados de investigación

Capítulo IV Resultado de investigación.

4.1. Fase para el análisis de los datos

Así pues, estamos es una primera fase en la que no podemos entender estos datos como definitivo, ya que previamente debemos hacer cruces de variables en base a los indicadores manejados, que permitan una explotación mayor de los resultados obtenidos a través de una encuesta rigurosa y bastantes completa.

Para la presentación de los análisis de los resultados se constara de tres partes fundamentales.

Fase descriptiva.

Esta fase se realizó un análisis univariado, sobre el comportamiento, actitudes, percepciones y factores de riesgo del alumnado involucrado en la investigación, sobre el consumo de sustancias adictiva en el medio educativo universitario. Esto permitirá tener una mejor panorámica sobre la temática en estudio, se podrá el punto de partida para incidir en el currículo e integrar la educación para la salud.

Fase predictiva.

En esta se plantea dos hipótesis generales y 10 hipótesis asociada, el cual pretendemos confirmar la hipótesis alternativa, de tal modo que si la hipótesis alternativa de este conjunto de hipótesis asociadas para dar fundamento científico a nuestro estudio.

Fase correlacional.

Corresponde al análisis de las correlaciones que existen entre las variables, el investigador ha determinado, que han de ser cruzadas en un análisis bivariado. Este análisis, se hará para establecer la dependencia e

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

interdependencia que hay entre algunos elementos sustanciales de la sobre el consumo y edad de inicio.

La fase correlacional, tendrá también un enfoque inferencial, pues se establecerán algunas hipótesis correlativas, nacida del análisis de un conjunto de correlación, y a juicio del investigador, no son fortuitas.

Toda investigación de orden cuantitativo, siempre ha de tener una fase descriptiva esto es diferente a la idea de que la investigación sea descriptiva.

Una investigación descriptiva centra su preocupación primordial en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Las investigaciones descriptivas utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes. Las mediciones y relevamientos que realizan los geógrafos son, por ejemplo, típicas investigaciones descriptivas. Otros ejemplos de este tipo de trabajos los encontramos en las tareas que efectúan las agencias internacionales de las Naciones Unidas cuando presentan informes sobre el crecimiento demográfico, el comercio internacional y muchos otros aspectos de interés. También deben clasificarse como investigaciones descriptivas los *diagnósticos* que realizan consultores y planificadores: ellos parten de una descripción organizada y lo más completa posible de una cierta situación, lo que luego les permite en otra fase distinta del trabajo trazar proyecciones u ofrecer recomendaciones específicas. (Sabino, 1992, p. 47, citado por Muñoz Díaz, 2013, p.308)

La primera aproximación desde un punto de vista del análisis y discusión de los resultados, desde una perspectiva muy descriptiva, ha de dar algunas pautas que permitan poner de manifiesto la estructura o el comportamiento del fenómeno en estudio, como lo dice Sabino. El fenómeno al que se confiere la máxima importancia en este trabajo, el comportamiento del consumo de drogas

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

entre el alumnado de la FAREM- Chontales.

4.2. Fase descriptiva.

El abordaje de este análisis, se realizará en base a la estructura del instrumento a través del que se ha obtenido la información: de esta presentaremos los resultados basado a los objetivos propuestos

Algunos aspectos a tomar en esta primera parte son aquellos que tienen que ver con los elementos demográficos más algunos factores relacionados, la situación académica laboral, carrera que estudia y departamento académico al que pertenece, como objeto de estudio, en la FAREM-Chontales. Los aspectos más relevantes se presentan a continuación.

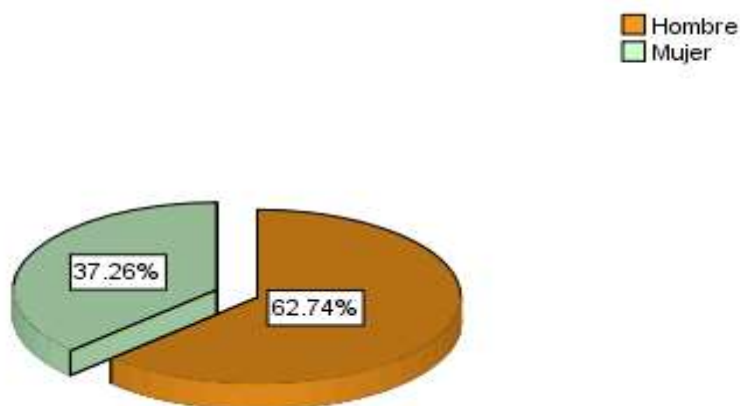
Categorizar el perfil del alumnado universitario

Sexo

La cuestión del sexo es una de las más generales y utilizadas en el desarrollo de la mayoría de las encuestas que se realizan en el marco de las problemáticas sociales. Por ellos, y atendiendo a la naturaleza propia de nuestra investigación, procedemos a la presentación del gráfico en el que se representan los resultados obtenidos.

Gráfico 4 Distribución del alumnado en función del sexo

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**



Fuente: Resultado del cuestionario del investigador

Como se puede apreciar, aunque existe una amplia representación de ambos sexos, se debe indicar que el índice de sujeto que ha participado en el estudio posee mayor porcentaje el género masculino con 62.74% y el femenino con 37.26%.

Edad

La variable edad se analiza, primero determinando el rango de edades, su valor máximo y su valor mínimo. A continuación, se muestran estos aspectos en la siguiente tabla

Estadísticos

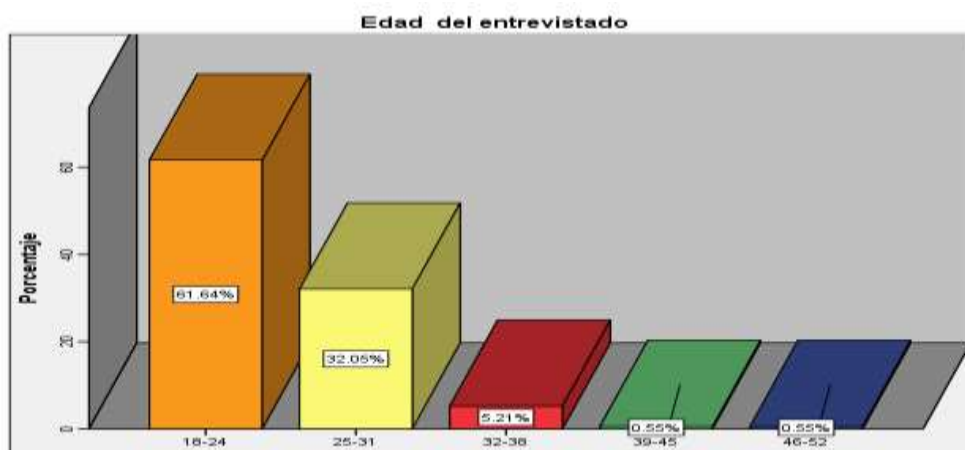
Edad del entrevistado

N	Válidos	365
	Perdidos	0
Rango		28
Mínimo		21
Máximo		49

El rango observable es de 28, está han sido distribuidas a través de la recodificación de variables en la misma variable, utilizando el programa estadístico ya ante mencionado.

Gráfico 5 Edad del alumnado

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**



Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación.

Los resultados obtenidos en el gráfico donde se valora la edad del alumnado, podemos observar que más del 93.69% del alumnado, tienen edades entre los 18- 31 años. Estos resultados corresponden con las edades en las que históricamente se dan los procesos de formación, de esta casa de esta alma mater.

Es destacable el hecho, de que hay en las edades un alto grado de dispersión, como se muestra en la tabla siguiente.

Estadísticos

Edad del entrevistado

N	Válidos	365
	Perdidos	0
Media		24.24
Desv. típ.		4.709
Varianza		22.178

Esta variabilidad, está relacionado con el hecho de las diferentes modalidades de formación, en la que estudian personas proceden del segundo ciclo de formación y otras que trabajan de forma empírica y tratan de profesionalizarse. Podemos observar que el alumnado es altamente joven.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Actividad principal que desarrollan el alumnado

La inclusión de la variable relativa a la situación académico-laboral, tuvo como objetivo determinar, en qué medida, los estudios universitarios constituyen la principal actividad del alumnado encuestado, o si estos son complementados en algunos de los casos realizan algún tipo de actividad laboral.

De acuerdo al resultado las cifras arrojadas por el estudio, un 57.8% del alumnado en estudio se dedica exclusivamente solamente a estudiar, el 10.1% declaro la mayor parte del tiempo le dedican al estudio y parcialmente al trabajo y el 32.1% indica que su prioridad es su trabajo por sobre las actividades académicas. Podemos observar que existen un 32.1% deben trabajar para proseguir sus estudios o consideran que deben priorizar en sus vidas el desarrollo de una actividad laboral que permite cierta autonomía personal.

Tabla 17 Situación académica del alumnado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Solamente estudia	211	57.8	57.8	57.8
La mayor parte del tiempo le dedico al estudio y parcialmente al trabajo	37	10.1	10.1	67.9
la mayor parte del tiempo le dedico al trabajo y parcialmente al estudio	117	32.1	32.1	100.0
Total	365	100.0	100.0	

Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

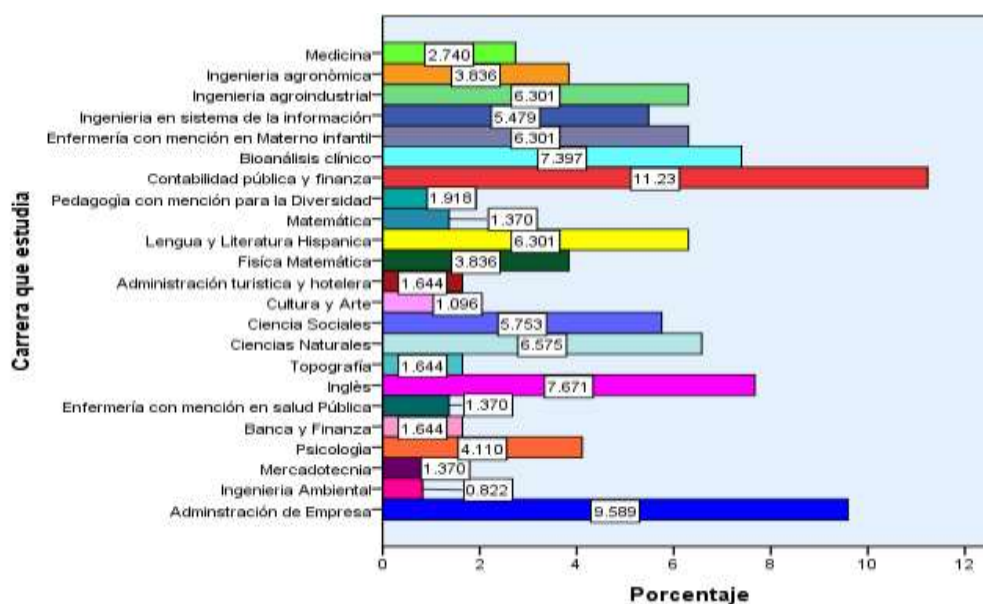
Titulación académica

Continuando con el análisis de las cuestiones introductorias, que nos ofrecen características propias y del entorno de la muestra, se presente conocer la intencionalidad de titulación. En cuanto a las titulaciones se del dio la posibilidad de participar al alumnado de las 23 carrera que se imparten el esta casa de estudio.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

La distribución de la muestra, puede comprobarse en el gráfico No, encontrando que la mayor parte de alumnado se encuentran en área de contabilidad pública y finanza con 11.23% de representatividad, seguido de por administración de empresa con 9.5%, 7.6% por área de inglés y bioanálisis clínico con 7.3%. Con esto se pretendió confirmar la distribución de la muestra del alumnado.

Gráfico 6 Carrera que estudia el alumnado



Fuente: Resultado del cuestionario la investigación

Departamento que pertenece el alumnado

La distribución de la muestra de estudio de acuerdo al departamento que pertenece el área de estudio, siendo el 38.6% pertenece al Departamento de Ciencia Económica, 35.9% son del departamento de Ciencia Tecnología y Salud

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

y 25.5% al departamento de Ciencia de la Educación y Humanidades. Esta variable se determinó para demostrar la participación del alumnado de los tres departamentos educativo.

Tabla 18 Departamento al que pertenece el alumnado

Departamento al que pertenece

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ciencia tecnología y Salud	131	35.9	35.9	35.9
Ciencia de la Educación y Humanidades	141	38.6	38.6	74.5
Ciencias Económicas	93	25.5	25.5	100.0
Total	365	100.0	100.0	

Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación

Comportamiento y actitud de los jóvenes universitario hacia el consumo de drogas.

Consumo

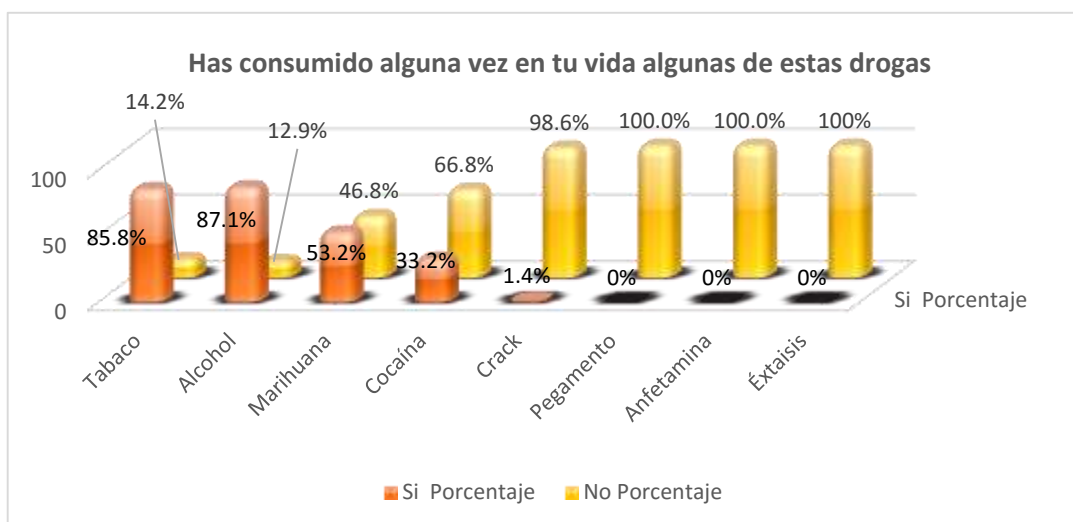
En cuanto al comportamiento referido al consumo de drogas por el alumnado de una área de estudio, podemos observar el este grafico sobre **¿Has consumido alguna vez en tú vida algunas de estas drogas?**, que el 85.8% del alumnado han consumido tabaco en algún momento de su vida, en cuanto al alcohol el 87.1% dicen que si han consumido el algún momento de su vida, para la marihuana encontramos que 53.2% también han consumido en algún momento de su vida, un 33.2% reflejan que si han consumido cocaína y el 1.4% expusieron que si han consumido crack en algún momento en su vida, en cuanto al pegamento, anfetamina y éxtasis el 100% reflejan que nunca han consumido.

Podemos observar que las drogas más usada para el inicio de consumo entre el alumnado sobre salen el tabaco y el alcohol. Este resultado se relaciona con el informe de la OEA y CICAD 2013, que refleja que los jóvenes en Nicaragua la droga que utilizan para el inicio para el consumo es el tabaco y el alcohol. Siendo el tabaco y el alcohol dos drogas legales y que nuestras leyes prohíben

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

su venta a menores, podemos observar que son las más consumidas entre el alumnado.

Gráfico 7 Has consumido alguna vez en tu vida alguna de estas drogas



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

¿Cuándo fue la primera vez que probaste por primera vez algunas drogas

En este gráfico el cual se le pregunto al alumnado ¿Cuándo fue la primera vez que probaste por primera vez algunas de estas drogas?, obtuvimos los siguientes resultados: ¿Cuándo fue la primera vez que probaste tabaco? ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez tabaco?, encontramos que el 85.8% lo realizo hace más de un año, en cuanto al alcohol encontramos que 31.2% lo probaron por primera vez en los últimos 30 días previo a la realización de la encuesta, el 30.4% hace una semana, 24.1% refiere que la primera vez que consumió fue hace más de un año y solo el 1.4% refiere que hace más de un mes, pero menos de un año.

En cuanto a la marihuana encontramos que 30.4% habían consumido por primera vez hace una semana, y el 21.4 habían consumido hace más de un año y solo el 1.4% consumieron por primera vez durante los últimos 30 días.

Loa resultado obtenidos se ven relacionado con los obtenido por Silva (2008), le que refleja que el tabaco es una de las drogas legales que se consumen ante que estudiante llegue a la universidad y que es consumida 12

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

meses previos según resultados de su investigación.

Tabla 19 *Cuándo fue la primera vez que probaste por primera vez algunas drogas*

CUANDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE PROBASTE ALGUNAS DE ESTAS DROGAS					
TIPO DE DROGA	Tabaco (313)	Alcohol (318)	Mariguana (194)	Cocaína (121)	Crack ¹ (5)
DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS		31.2%	1.4%		
HACE MÁS DE UN MES, PERO MENOS DE UN AÑO.		1.4%			
HACE MÁS DE UN AÑO.	85.8%	24.1%	21.4%	2.7%	1.4%
HACE UNA SEMANA.		30.4%	30.4%	30.4%	

Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Edad de inicio de las diferentes drogas

La edad es un factor determinante para el inicio de consumo de droga, en las siguientes tablas que analizaremos cada una de droga, veremos la edad media para el inicio de consumo de droga entre el alumnado, al final realizaremos un contraste con la teoría. Iniciaremos con tabaco.

La variable edad se analiza, primero determinando el rango de edades, su valor máximo y su valor mínimo. A continuación, se muestran estos aspectos en la siguiente tabla.

En cuanto al tabaco a qué edad inicia el consumo por primera vez tabaco. En esta tabla podemos observar que edad media de inicio del consumo de tabaco se presenta entre 12-13 años, con, en cuanto al rango observado es de 24, estas edades han sido distribuidas a través de la recodificación de variables en la misma variable, utilizando el programa estadístico ya mencionado.

También observamos el predominio de edades un 74.2% entre las edad de 12-21 de inicio de consumo tabaco.

Edad de inicio de las diferentes drogas

Gráfico 8 *¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez tabaco?*

¹ Los resultados obtenidos se calcularon en base al total de la población que ha consumido, y las drogas como la pegamento, anfetamina y éxtasis no se ven representada en la tabla ya que no existen datos de consumo.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

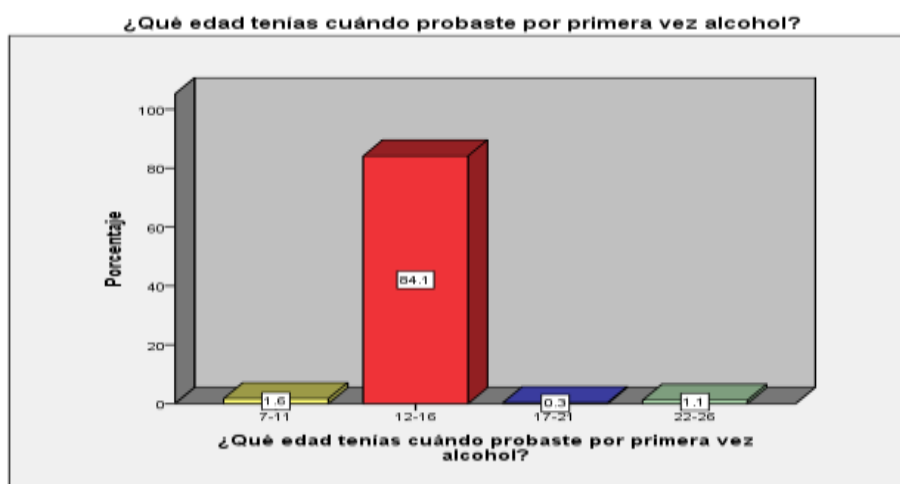


Fuente resultado del cuestionario de investigación

EDAD INCIO DE CONSUMO DE ALCOHOL.

La edad media del consumo de alcohol podemos observar que se encuentra a los 12 años, lo que corresponde con el resultado expuesto en el grafico donde de muestra ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez alcohol? Observamos que el alumnado inicio el consumo de alcohol a la edad de 12- 16 años que corresponde al 84.3%.

Gráfico 9 ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez alcohol?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

EDAD DE INCIO DE CONSUMO DE MARIHUANA.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

La edad media del consumo de consumo de marihuana se encuentra entre la edad 10 años, lo que corresponde con el resultado expuesto en el grafico donde de muestra ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez marihuana? Observamos que los encuestados inician su consumo de marihuana entre las edades 17-21 año que corresponden a 31.5% y el 21.6% lo inician entre las edades de 22-26 años.

Gráfico 10 ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez marihuana?



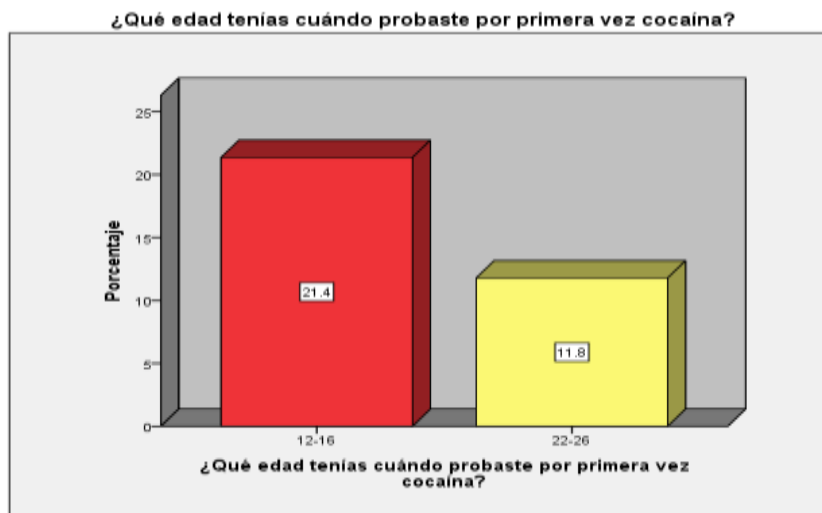
Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

EDAD DE INCIO DE COCAÍNA

La edad media del consumo de consumo de cocaína se encuentra entre la edad 22 años, lo que corresponde con el resultado expuesto en el grafico donde de muestra ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez cocaína? Observamos que los encuestados inician su consumo de cocaína entre las edades 12-16 año que corresponden a 21.4% y el 11.8% lo inician entre las edades de 22-26 años.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Gráfico 11 ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez cocaína?

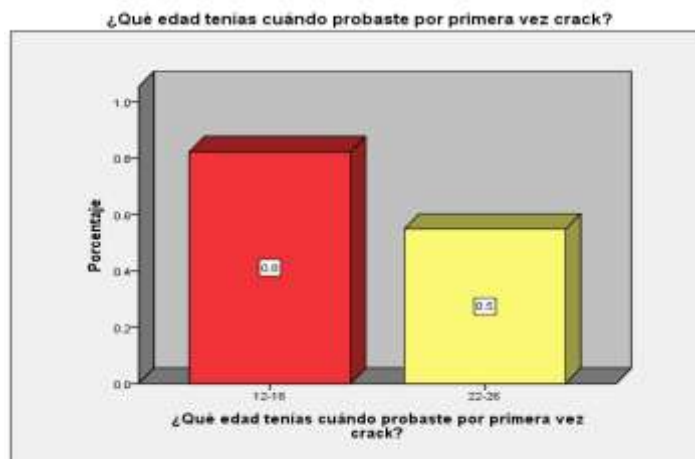


Fuente: Resultado del cuestionario.

EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE CRACK

La edad media del consumo de consumo de crack se encuentra entre la edad 22 años, lo que corresponde con el resultado expuesto en el grafico donde de muestra ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez crack? Observamos que los encuestados inician su consumo de cocaína entre las edades 12-16 año que corresponden a 0.8 % y el 0.5% lo inician entre las edades de 22-26 años.

Gráfico 12 ¿Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez crack?



**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

En cuanto al pegamento, anfetamina ²y éxtasis, no encontramos resultado “cero”, porque a partir de este análisis no lo reflejaremos en tratamiento de los otros datos.

En los resultados ante expuesto, observar el comportamiento en cuanto a la edad de inicio del consumo de droga se observa una tendencia, en edades entre la preadolescencia y adolescencia, entre drogas legales como el tabaco, alcohol e ilegales como marihuana, cocaína y aunque hay una pequeña repetitividad el crack. Diferentes autores refieren que, en ese rango de edades, se presenta la etapa de experimentación. Castillo Manzano (2012) en plantea que el inicio de consumo de drogas seda entre las edades de 13 a 15 años, vemos que esta afirmación es muy acertada para nuestro estudio, podemos ver la que las edades de inicio de consumo de droga entre 7 a 21 años. Ya que en esas edades han probado entre 1 a 3 tipos de sustancias como mínimo.

Lugar donde inicio el consumo de droga por primera vez

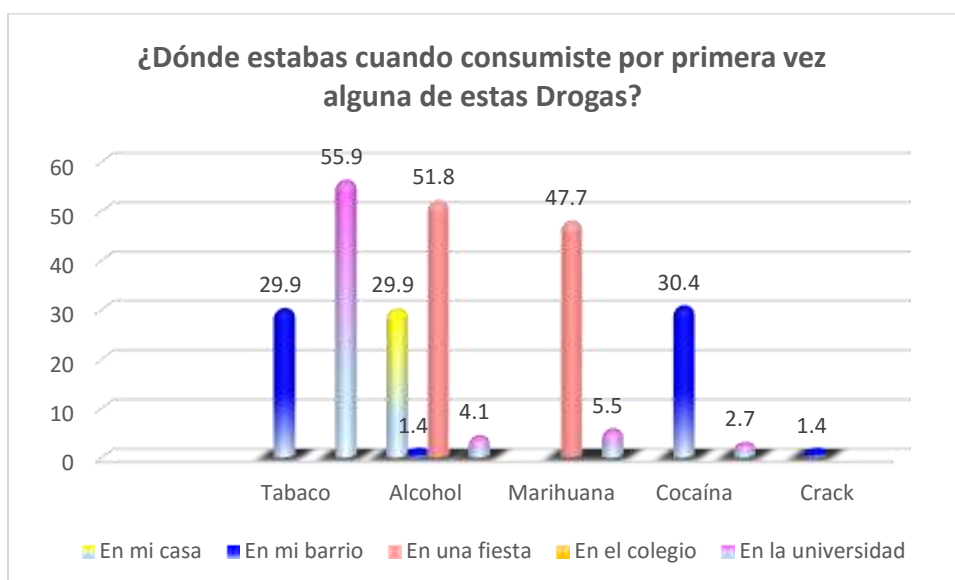
De acuerdo resultado encontrado en el gráfico **¿Lugar donde inicio el consumo de droga por primera vez?**, con respecto a la pregunta **¿Dónde estabas cuando consumiste alguna de estas drogas por primera vez alguna de estas Drogas?** Tabaco es consumido en 29.9% por primera vez barrio y en la universidad en 55.9%, lugar de inicio de consumo de alcohol podemos observar que 29.9 iniciaron en consumo en su casa, 51.8% en fiesta y un 4.1 en la universidad, en cuanto a la marihuana el 47.7% fue consumida por primera vez en una fiesta y 5.5% en la universidad, en cuanto a la cocaína encontramos que el principal lugar de inicio fue en el barrio con 30.4% y el 2.7% en la universidad y el lugar de inicio del crack se observa el 1.4% fue en el barrio. El uso experimental de los adolescentes y jóvenes observamos que hay una relación con lo que plantea Martínez Gimeno (2012) referencia el consumo de drogas se

² El análisis de estas drogas se realizó en base a las respuestas obtenidas por el alumnado, en cuanto al pegamento, anfetamina y éxtasis, no se calculó porque su nivel de consumo es cero.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

da en entrono social donde la persona de desarrolla. También vemos que uno de los factores de riesgo que se pude determinar en este grafico es socio ambiental, ya que incrementa en riesgo d consumir droga en un espacio determinado, para Catalano y Hawkins (1996) refiere que las influencias externes son los aquellos elementos que se encuentran presente en al ambiente y el contexto donde los jóvenes se encuentran que pueden intervenir en comportamiento estos ambientes son: el barrio, la universidad, la familia y los grupos de pares.

Gráfico 13 ¿Dónde estabas cuando consumiste por primera vez alguna de estas Drogas?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

CON QUIÉN ESTABAS CUANDO CONSUMISTE POR PRIMERA VEZ.

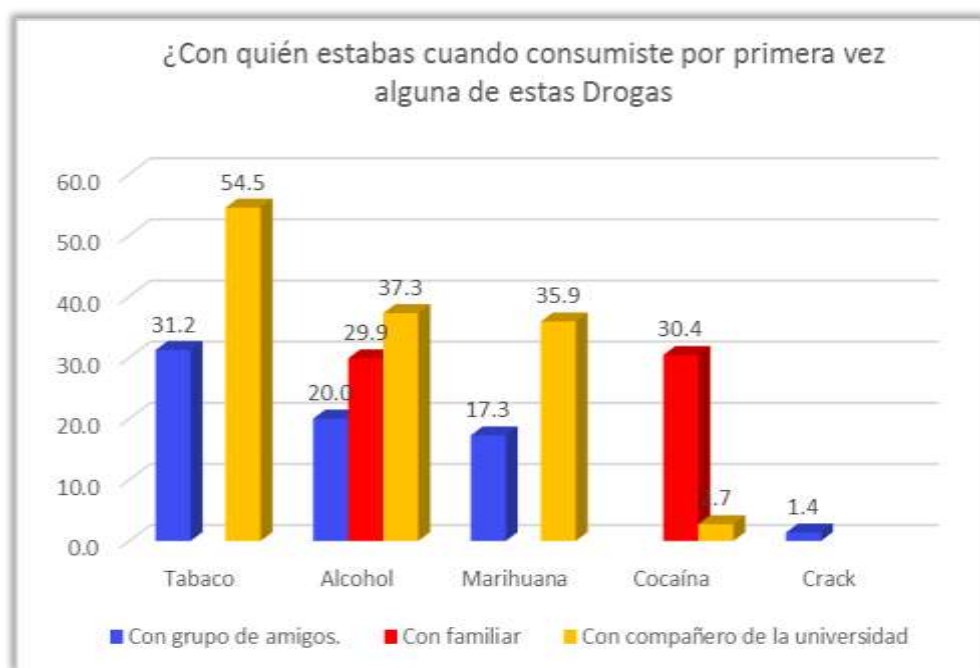
Podemos observar en este gráfico que se preguntó al alumnado sobre ¿Con quién estaba cuando consumiste por primera vez alguna de estas drogas?, encontramos que en tabaco se consumió por primera vez en compañía con compañeros de la universidad en 54.5% y el 31.2% con amigos. Para el alcohol, observamos que se consumió por primera vez con 37.3% con compañeros de la universidad, el 29.9% lo consumieron con algún familiar y 20% con un grupo de amigos. La marihuana la consumieron por primera vez con compañero de la

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

universidad con un 35.9% y 17.3% con un grupo de amigo. Para la Cocaína encontramos que el 30.4% la consumieron por primera vez con familiares y solo 2.7% con compañero de la universidad y por último el crack fue consumido por primera vez con 1.4% con un grupo de amigo.

Podemos ver que, en la etapa de experimentación, siempre se ve influencia por los integrantes del entorno donde joven se desenvuelve. Esto se relaciona con lo expuesto por Castillo Manzano en (2012) contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio), en los resultados obtenidos vemos que los amigos, familia y compañero de la universidad sobre salen en el inicio de consumo de las diferente sustancia.

Gráfico 14 ¿Con quién estabas cuando consumiste por primera vez alguna de estas Drogas?



Fuente: Resultado del cuestionario del investigador

Actitud último periodo de consumo de drogas

Diferentes investigadores plantean que, en entorno, familia, social y

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

ambiental, pueden ser un factor riesgo o de protección. Veamos la combinación de actitud y motivo del inicio de consumo, con la pregunta ¿Por qué razón que consumiste por primera vez alguna de estas drogas?, para el tabaco las razones de consumo fueron en 46.3% la curiosidad, en 32.1% para ser parte de un grupo de amigos, por stress un 5.5% y por falta de información un 1.1%. Las razones de consumo para el alcohol, el 33.2% refiere que, por ser parte de un grupo de amigo, por curiosidad 30.7%, para pasarlo bien 17.3%, por stress 4.1% y solo un 0.3% dice que es por qué entre sus amigos consumen. Las razones de consumo de Marihuana, vemos que la necesidad de pertenecer a un grupo de amigo obtiene 38.6%, en cambio para la cocaína la principal causa de consumo fue la falta de información con un 8.8% y el crack la razón de consumo con un 0.8% fue por problema familiares.

Tabla 20 ¿Por qué razón has consumido alguna de estas Drogas?

¿Por qué razón has consumido alguna de estas Drogas					
Razones de consumo	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Crack
	(313)	(318)	(194)	(121)	(5)
Por curiosidad	46.3	30.7	2.5	3.6	0
Por problemas familiares	0.8	1.6	1.1	2.5	0.8
Para ser parte de un grupo de amigos	32.1	33.2	38.6	3.3	0
Para pasarlo bien		17.3	1.4	5.8	0
Por stress	5.5	4.1	3.8	5.5	0
Para sentirme seguro/a	0	0	0.3	1.6	0
Por qué me sentía solo/a	0	0	0	0.8	0
Por qué entre mis amigos consumen	0	0.3	1.1	1.4	0
Por falta de información	1.1	0	4.4	8.8	0.5

Fuente: Resultado del cuestionario del investigador

Diferentes teorías e investigaciones reflejan que las razones de consumo que se preguntaron, son las que teóricamente los que motivan a los y las adolescentes y jóvenes al inicio de consumo, el modelo ecologista social de Kumpfer y Turner (1999-1991) el que plantea sobre la relación entre el consumo experimental y el estrés tanto del entorno como el espacio educativo, en este estudio encontramos que 18.9% de la causa del inicio del consumo de alguna de las drogas en estudio, es causada por la stress. También encontramos la relación

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

con la teoría de Bandura (1977) en que refiere que la influencia de personas o entorno social significativo donde el individuo se desarrolla, los resultados encontramos que el grupo de amigo influyo en 2.8%, es algo poco pero muy significativo para el inicio del consumo, los problemas familiares influyeron en un 5.7%, al consumo del alguno tipo de droga. Otra teoría que se cumple en los resultados es la Elliot, que refiere que el contacto entre iguales puede inducir al consumo de droga y la presión de los pares, en mayor motivo de consumo fue el uno de los porcentajes las alto más 100%, de los incoaron el consumo plantearon que tenía que consumir para ser parte de un grupo de amigo.

En el análisis anterior determinado el por han consumido por primera vez, y continuando con la fase predictiva, analizaremos por qué han dejado de consumir drogas, iniciaremos con:

Cuando fue la última vez que consumiste drogas.

Continuamos con análisis sobre el comportamiento y actitud sobre el consumo de drogas por alumno, durante este análisis hemos venido determinando algunos factores riesgo que conllevan hacia el consumo, ahora padeceremos analizar el comportamiento y actitud, relacionado a:

Pensando en los últimos 30 días. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste alguna de estas drogas?

En este análisis veremos la presencia de las dos etapas del consumo el uso regular y uso adictivo planteado por Arnold Washton (1995). Podemos observar con los resultados obtenidos con referente a **Pensando en los últimos 30 días. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste alguna de estas drogas?**, en cuanto al tabaco la última vez que se consumió que hace tres días en un 55.6%, hace cinco días 5.5% y un 7.7% hace una semana. Para el alcohol encontramos que hace una semana los consumieron en un 30.7%, hace quince días en 26.8 %, el 17.3% lo consumieron hace cinco días, hace 30 día en un 10.4% y el 1.9%, hace tres día. Para marihuana que hace una semana la consumieron un 30.4% y el 14.5% hace quince días. Para la cocaína la última

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

vez que se consumió que hace una semana con un 30.1%. Para el crack la última vez de consumo fue hace 30 días con un 0.5%. Vemos que el comportamiento hacía en consumo, se cumple la segunda etapa del consumo de droga referente al uso de las drogas, ya que aumento del consumo de las diferentes drogas están formando parte de su vida cotidiana.

Tabla 21 Pensando en los último 30 días. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste alguna de estas Drogas?

Razones de consumo	Drogas?				
	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Crack
	313	318	194	121	5
Hace tres día	55.6%	1.9%	0	0	0
Hace cinco días	5.5%	17.3%	2.7%	2.7%	0
Hace una semana	7.7%	30.7%	30.4%	30.1%	0
Hace quince días	0	26.8%	14.5%	0	0
Hace 30 días	0	10.4%	5.5%	0	0.5%
Hace más de un año	17%	0	0	0.3%	0

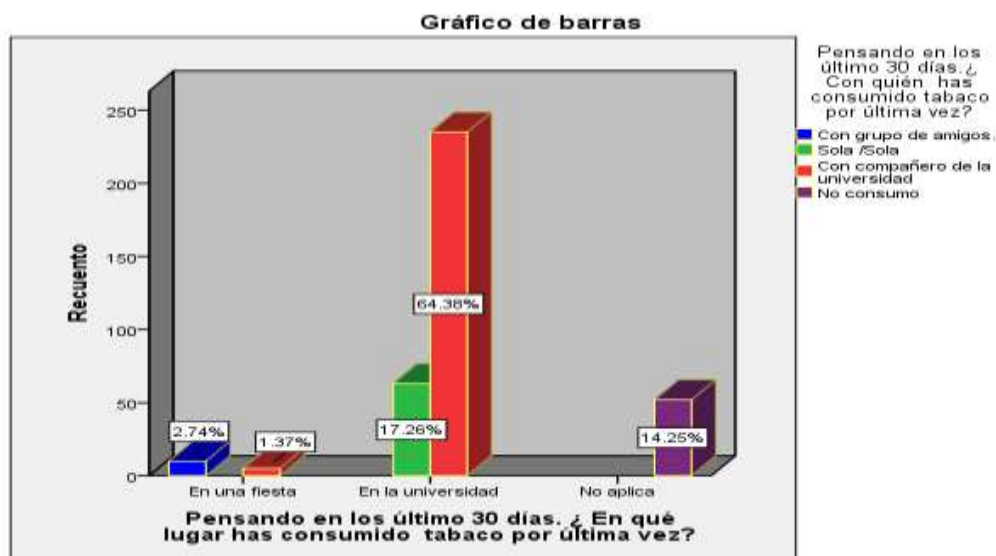
Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación.

Pensando en los últimos 30 días. ¿En qué lugar has consumido tabaco y con aquí?

En este gráfico se pretendió demostrar la relación que existe entre el ambiente donde el alumnado se desarrolló y su relación con parte social. Vemos que la universidad es lugar donde permanece la mayor parte de su tiempo en alumnado, por lo cuales sus compañeros de clase pasan a ser parte de grupo social. Lo que podemos ver que en la universidad y con los compañeros de la universidad es donde más se consume tabaco en un 64.38% y el 17,26% lo consumen sola o solo pero dentro de la universidad.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

Gráfico 15 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido tabaco por última vez?



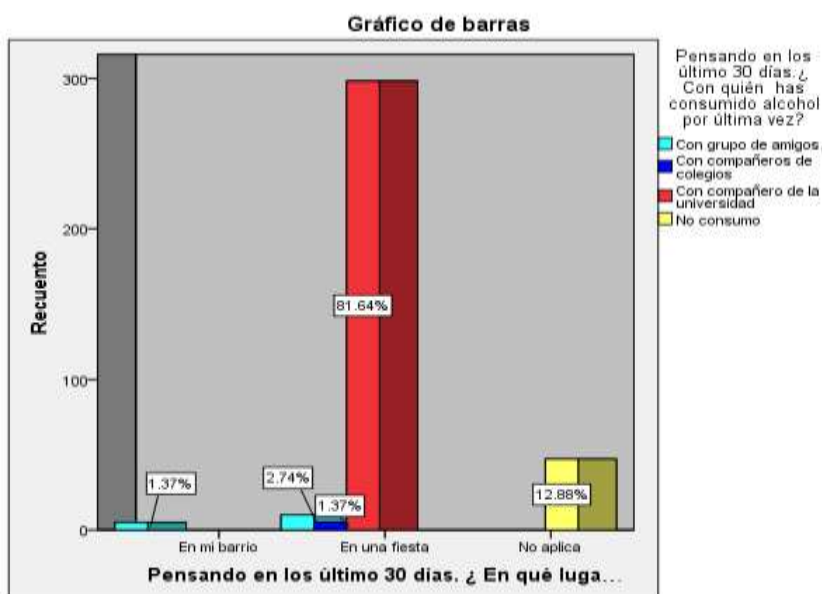
Fuente: Resultado del Cuestionario de investigación

Pensando en los últimos 30 días. ¿En qué lugar has consumido alcohol y con aquí en estabas la última vez que consumiste?

La relación entre los lugares que suelen consumir alcohol y con quien lo hace encontramos que el alcohol se consume más en fiesta y acompañado de compañero de la universidad en 81.6%, como planteamos anteriormente, el espacio donde se desenvuelve el alumnado la puede conllevar al uso continuo de alguna droga.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Gráfico 16 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido alcohol por última vez?



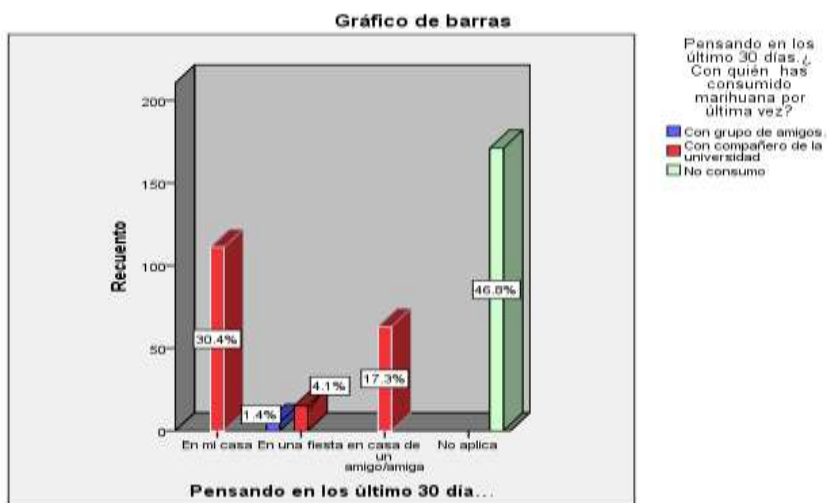
Fuente: Resultado del Cuestionario de investigación

Pensando en los últimos 30 días. ¿En qué lugar has consumido Marihuana y con aquí en estabas la última vez que consumiste?

La relación entre los lugares que suelen consumir marihuana y con quien lo hace encontramos que la marihuana, consume más en sus propias casa y acompañado de compañero de la universidad en 34.4%, como planteamos anteriormente, el espacio donde se desenvuelve el alumnado la puede conllevar al uso continuo de alguna droga. La marihuana es una de las drogas ilegales, porque el consumo se realiza en lugares no público como su propia casa o de un amigo.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

Gráfico 17 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido marihuana por última vez?



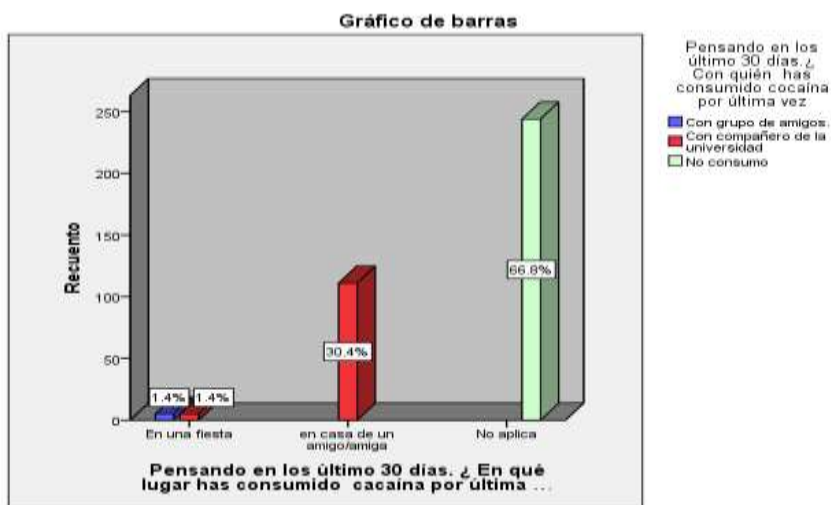
Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación.

Pensando en los últimos 30 días. ¿En qué lugar y con quién haz consumido cocaína?

La relación entre los lugares que suelen consumir cocaína y con quien lo hace encontramos que la cocaína, consume más en casa de amigo y acompañado de compañero de la universidad en 30.4%, como planteamos anteriormente, el espacio donde se desenvuelve el alumnado la puede conllevar al uso continuo de alguna droga. La marihuana es una de las drogas ilegales, porque el consumo se realiza en lugares no público como su propia casa o de un amigo.

Gráfico 18 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido cocaína por última vez?

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Pensando en los últimos 30 días. ¿En qué lugar y con quién has consumido crack?

La relación entre los lugares que suelen consumir crack y con quien lo hace encontramos que el crack, consume más en su propia casa y acompañado de un grupo de amigos en 0.5%, como planteamos anteriormente, el espacio donde se desenvuelve el alumnado la puede conllevar al uso continuo de alguna droga. La marihuana es una de las drogas ilegales, porque el consumo se realiza en lugares no públicos como su propia casa o de un amigo. Es importante resaltar que de 5 alumnos que iniciaron consumiendo crack en la actualidad solo dos continúan consumiendo.

Gráfico 19 Pensando en los últimos 30 días ¿Con quién has consumido crack por última vez?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

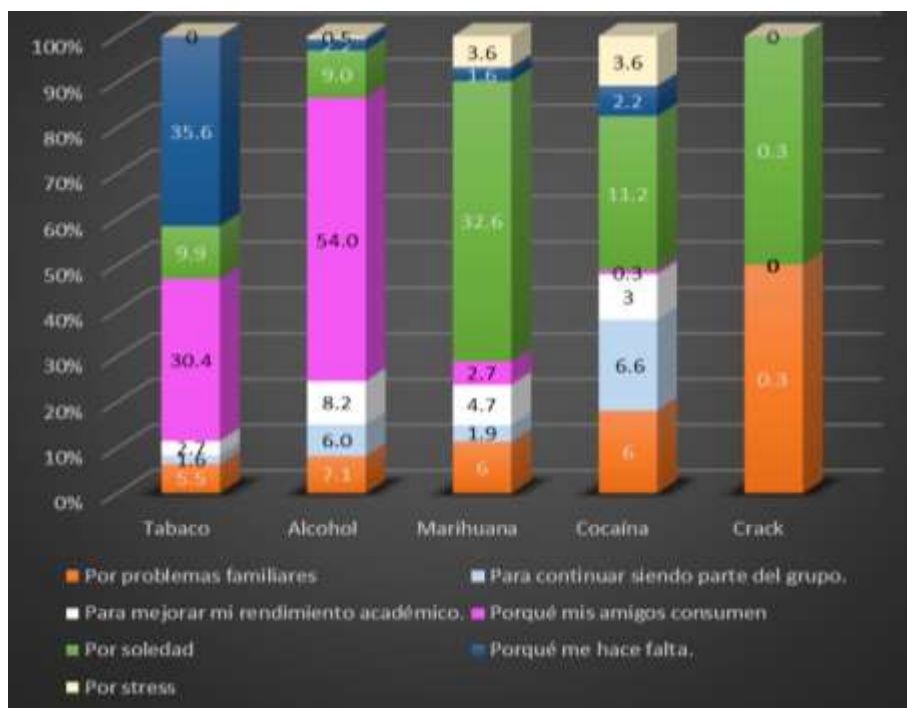
En este resaltamos el factores de riesgo hacia en uso y abuso de las drogas vemos que los amigos o compañero de universidad un fluyen en consumo de drogas del alumnado, así mismo como la universidad, ya que para muchos dejan de ser supervisado por su padre, y tienen más libertad para tomar decisiones, Castillo Manzano et al, (2012), plantea que los factores de riesgo son como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las misma (mantenimiento), este planteamiento está muy relacionado con los resultado obtenido, ya que casi 75% consumen alguna dentro de la universidad , principalmente el tabaco, y acompañado con de compañeros de la universidad, aunque las otras droga se consumen en una gran minoría dentro de la universidad, vemos que siempre está acompañado por comparemos de clase.

Porque continúas consumiendo droga

Los factores de riesgo uso y abuso de las droga, van depender el estado de salud, emocional, personalidad, recursos sociales Fernández (2010). Los resultados obtenidos en este análisis observábamos que el mantenimiento del consumo se ve influenciado por diferentes factores, para el mantenimiento del consumo del tabaco 35.6% refiere que les hace falta, porque mi amigo consume 30.4%, el 5.2% refiere que, por problemas familiares, el 2.7% para mejorar el rendimiento académico y 1.6% refiere que continúan consumiendo para continuar siendo parte de un grupo.

Gráfico 20 Pensando en los últimos 30 días. ¿Por qué razón continúas consumiendo algunas de estas Drogas?

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)



Fuente: Resultado de cuestionario de investigación.

Los motivos para continuar el consumo de alcohol, encontramos que 54 % refiere que por que sus amigos consumen, el 9 % por soledad, para mejorar el rendimiento académico 8.2%, por problemas familiares 5.2%, el mantenimiento del consumo de marihuana, encontramos que 32.6% soledad, el 6% por problemas familiares, 4.7% responden que para mejorar su rendimiento académico y el 3.6% por stress. La cocaína la razón de mantener el consumo de dio por 11.2% por soledad y el 6% por problemas familiares y el crack podemos ver una disminución de 5 que en la fase experimental consumieron, en la fase de uso y mantenimiento, solo dos continúan consumiendo de los cuales las razones para continuar consumiendo vemos que 0.3% por los problemas familiares y por soledad el 0.3%.

Vega (2000) plantea que la necesidad de conformidad de integral un grupo, es uno de los principales motivos de mantener el consumo de drogas, relación que tienen con nuestro hallazgo que el 16.1% continúa consumiendo droga. Otra referencia que argumentos en los resultado es la Pons y Berjano

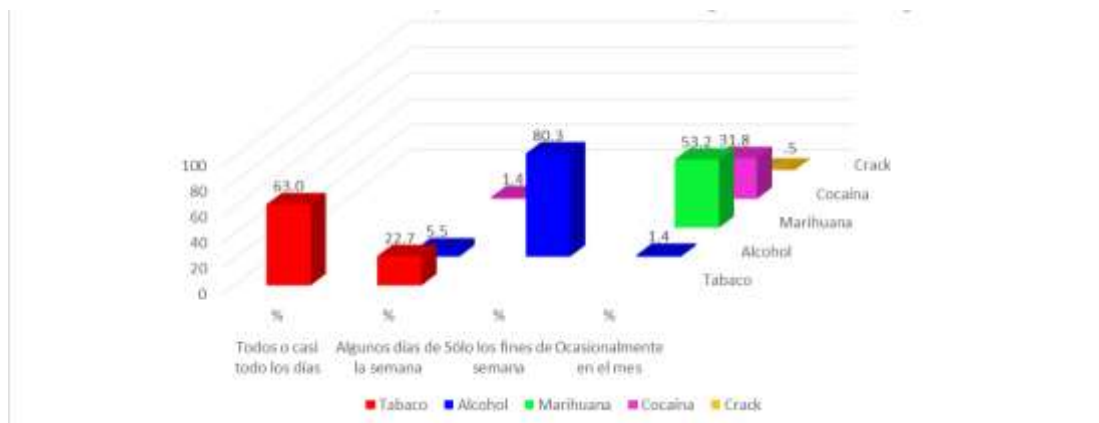
ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

(1999) que refiere que el consumo de drogas es como un plus para adquirir confianza en poder tener confianza en sí mismo para realizar actividades sociales e integrante entre grupos de iguales.

Frecuencia de consumo de drogas

La Fundación de ayuda contra la drogadicción (FDA, 2008) refiere que el uso adictivo de cierta sustancia, hace que no pueda control su consumo y convertirse en lo más importante, vemos como esta afirmación se hace real en nuestro resultado vemos que el tabaco es que ha provocado adicción en alumnado en 63% ya que esta se consume todos los días, el alcohol a provocado mantener una necesidad de consumo solo los fines de semana 80.3%. De igual forma la teoría de Pávlov (1927) en su modelo estímulo – respuestas ya que el cuerpo ya está condicionado y tiene la necesidad de consumo y hay como una campaña interna que estimula para satisfacer el deseo del consumo.

Gráfico 21 ¿Con qué frecuencia consumo alguna de estas Drogas?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Razones de Abstención del consumo de drogas

En esta tabla podemos ver que la falta de oportunidad que es presentado aproximadamente de 90 % de la población que no ha consumido, principalmente a las drogas ilegales es unos datos que nos inquieta ya que estas son personas que pueden en cualquier momento iniciar el consumo en la etapa experimental, el reconocimiento el daño tiene igual comportamiento, se observa que las

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

diferentes razones de abstención un factor determinante para evitar el consumo de drogas. La percepción del riesgo para la salud es de reflejado en porcentaje más alto en crack con un 15.1%, en cuanto al pegamento con un 34.5%, la anfetamina 82.5% y éxtasis 2.2%. Para Twerski (2000), que la racionalidad significa dar buenas razones en lugar de la razón verdadera. Vemos que buena razón que dan el alumnado universitario son racionales y prevén en daño que le pueden provocar tanto para ellos como a su familia.

Tabla 22 Razones de Abstención del consumo de drogas

Razone de Abstención³	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Crack	Pegamento	Anfetamina	Éxtasis
	52	47	171	244	363	365	365	365
<i>Por falta de oportunidad</i>	.8		10.1	5.2	29.3	41.1	13.2	11.0
<i>Porque no me interesa</i>	0	31	3.3	8.2	33.4	0	0	0
<i>Para evitar problemas legales</i>	1.4	1	14.0	12.3	17.5	0	0	.3
<i>Por el daño que le provoca a la salud</i>	2.2	10	3.3	3.8	15.1	34.5	82.5	2.2
<i>Para evitar problemas académicos</i>	0	0	14.2	20.5	0	4.4	0	.5
<i>Por la dificultad de conseguir</i>	0	0	1.4	10.4	3	0	.3	11.8
<i>Porque no he sentido la necesidad</i>	9.9	5	.5	6.3	1.1	20.0	4.1	74.2

Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación

Percepción de la exposición a la oferta de drogas

Podemos observar el grado de exposición al ofrecimiento de las drogas ilegales, encontramos, el 57.3% del alumnado encuestado declaran que le han ofrecido marihuana en la última semana previa a la aplicación a la encuesta, para la cocaína las cifras descienden a un 6.8%, en cuanto al pegamento, anfetamina y éxtasis nunca les han ofrecido. El 29.9% expresan que hace 15 días le ofrecieron, para la cocaína aumentan a un 77.5% y crack tienen el mismo

³ Los porcentajes asociados a estas variables, se calcularon sobre la base del número total del alumnado que declaró, no haber consumido, alguna de las drogas incluidas en la investigación

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

comportamiento que la marihuana en 22.9%. Para las drogas legales vemos que el tabaco en un 70.1% y alcohol 67.4% son las que más se han ofrecido el hace una semana. El nivel de ofrecimiento con respecto a hace 30 días, vemos el mismo comportamiento entre la marihuana y la cocaína de un 2.7%, los encuestado plantea que hace más de un mes, pero menos de una vez año, les han ofrecido crack en un 21.4% y la marihuana, cocaína, pegamento, anfetamina tiene en mismo nivel de ofrecimiento en un 1.4%, en cuanto hace más de un año. El crack sobre las en nivel de ofrecimiento en un 41.9% y el pegamento en 36.7%.

Podemos observar el grado de exposición al ofrecimiento de las drogas ilegales, encontramos, el 57.3% del alumnado encuestado declaran que le han ofrecido marihuana en la última semana previa a la aplicación a la encuesta, para la cocaína las cifras descienden a un 6.8%, en cuanto al pegamento, anfetamina y éxtasis nunca les han ofrecido. El 29.9% expresan que hace 15 días le ofrecieron, para la cocaína aumentan a un 77.5% y crack tienen el mismo comportamiento que la marihuana en 22.9%. Para las drogas legales vemos que el tabaco en un 70.1% y alcohol 67.4% son las que más se han ofrecido el hace una semana. El nivel de ofrecimiento con respecto a hace 30 días, vemos el mismo comportamiento entre la marihuana y la cocaína de un 2.7%, los encuestado plantea que hace más de un mes, pero menos de una vez año, les han ofrecido crack en un 21.4% y la marihuana, cocaína, pegamento, anfetamina tiene en mismo nivel de ofrecimiento en un 1.4%, en cuanto hace más de un año. El crack sobre las en nivel de ofrecimiento en un 41.9% y el pegamento en 36.7%.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

Tabla 23 ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron ya sea para consumo o para ir comprar droga dentro de la en la universidad?

Sustancia	Muy mala		Regular		Buena		Muy buena ⁵	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tabaco	3	2	147	93	41	27		
Alcohol			145	90	9	1	43	30
Marihuana			8	7	70	46	39	24
Cocaína	51	32	14	11	5	4	3	1
Crack	3		2					

Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación.

Percepción sobre experiencia del consumo de droga según sexo

Ofrecimiento de Drogas ⁴	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Crack	Pegamento	Anfetamina	Éxtasis
	365	365	365	365	365	365	365	365
Hace 1 semana.	70.1	67.4	57.3	6.8	6.8	0	0	0
Hace 15 días	29.9	32.6	29.9	77.5	29.9	0	0	0
Hace 30 días	0	0	2.7	2.7	0	0	0	0
Hace más de un mes, pero menos de un año.	0	0	1.4	1.4	21.4	4.1	1.4	0
Hace más de un año.	0	0	0	2.7	41.9	36.7	0	0
Nunca me han ofrecido.	0	0	8.8	8.8	0	59.2	98.6	365

En cuanto a la percepción sobre el consumo de drogas, vemos que los hombre manifiesta que su experiencia del consumo de tabaco fue regular cifra de 147 y las mujeres es 93 del total de los que han consumido tabaco. Para el alcohol relacionado un 145 para los hombres y un 90 para las mujeres plantean que su experiencia fue regular. Para la marihuana la experiencia que plantean con más altas cifra fue buena, donde para el hombre un total de 70 y para las mujeres 46. Para la cocaína se observan las cifras más altas para 52 hombre fue regular, para las mujeres 32 como regular y para el crack. La Martínez Gimeno refiere que la percepción de emergencia depende de las características individuales y las causas o situaciones que le conllevan al consumo.

Tabla 24 Percepción sobre experiencia del consumo de droga según sexo

⁴ Los porcentajes asociados a estas variables, se calcularon sobre la base a las drogas ilegales incluidas en esta investigación y el número total del alumnado que participaron en el investigación

⁵ Este análisis se hizo en base a las drogas consumidas y el total del alumnado que ha consumido drogas del total que participa en la investigación.

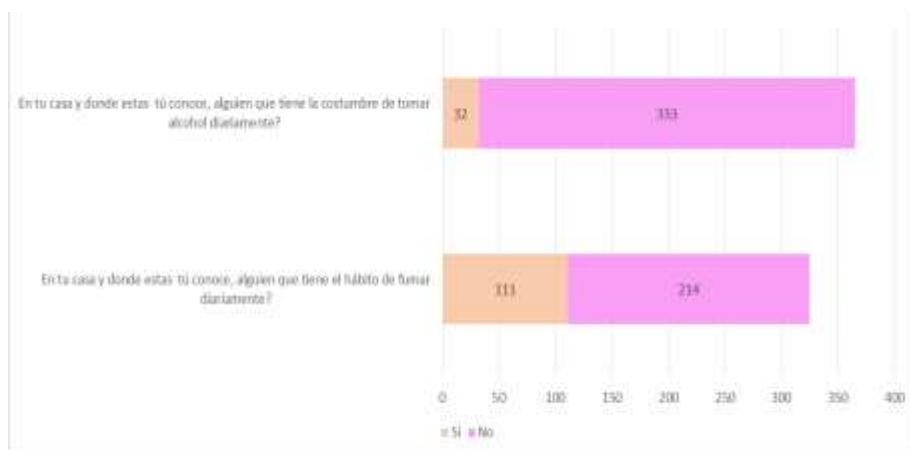
ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Fuente: Resultado de cuestionario de la investigación

Percepción del consumo y factores de riesgo y protección.

El entorno familiar de es un factor protector, pero en algunas situaciones de puede concebir como un factor de riesgo para he inicio de consumo de droga, en siguientes resultados en cuanto a la costumbre de consumo de alcohol en su casa encontramos que 32 responden que **Si** y 333 que **No** que en sus casas no se acostumbrar consumir alcohol. Para el hábito de fumar observamos 111 de los alumnados responde que sí que consumo cigarrillo diariamente en casa y 214 que no se consumió. Para Castillo Manzano (2009) refiere que uno de los factores de riesgo en entorno familiar y su estrecha relación hacia el consumo de drogas. Estos resultados están estrechamente relacionados los hábitos familiares de consumo de drogas con el inicio de consumo de droga.

Gráfico 22 Entorno familiar: ¿En tu casa y dónde estás tú conoces, alguien que tiene hábitos de consumo de alcohol y tabaco?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

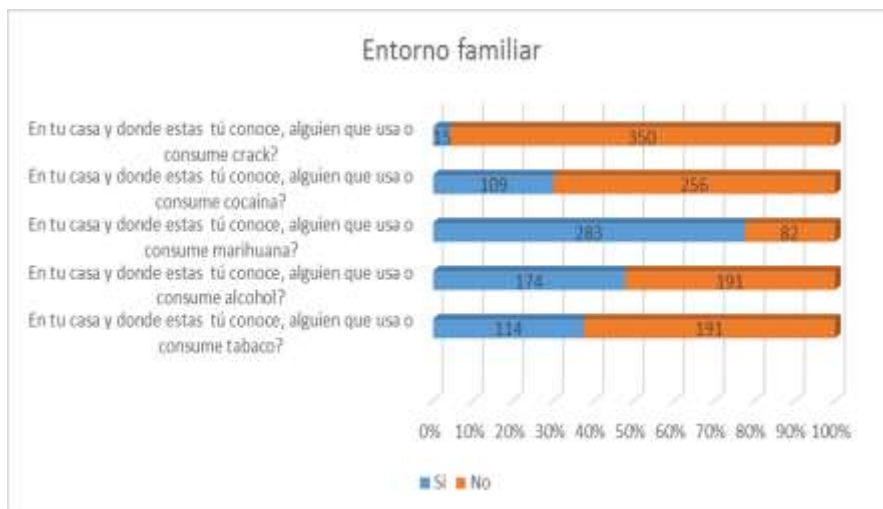
Entorno familiar relacionado al hábito de consumo de droga.

El entorno familiar se vuelve un factor de riesgo hacia al consumo de droga, el consumo de droga en el entorno cercano del alumnado encontramos que en consumo de tabaco en su entorno familiar las cifras encontrada que 114

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

refieren que, si conocen, para el alcohol 174 refieren que, si se consume en su entorno familiar, la marihuana dice que un total del 174 que si conoce alguien que consume. Para la cocaína 109 responden que si conocen alguien que consumen cocaína y para el crack 15 responden que conocen alguien que consumen crack. Vemos que el tabaco y el alcohol son drogas sociales que se consumen en gran frecuencia en entorno familiar. Estos resultados de ven estrechamente relacionado como la afirmación de Becoña (2002), en que indica que el primer escenario del proceso socialización socialización en que influyen de forma destacada la familia, ya que es el ambiente que se adquieren determinados tipos de creencias, valores y hábitos que condicionarán más adelante la probabilidad de consumo de consumo.

Gráfico 23 Entorno familiar: ¿En tú casa y dónde estás tú conoces, alguien que usa o consume crack, cocaína, marihuana, alcohol y tabaco?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

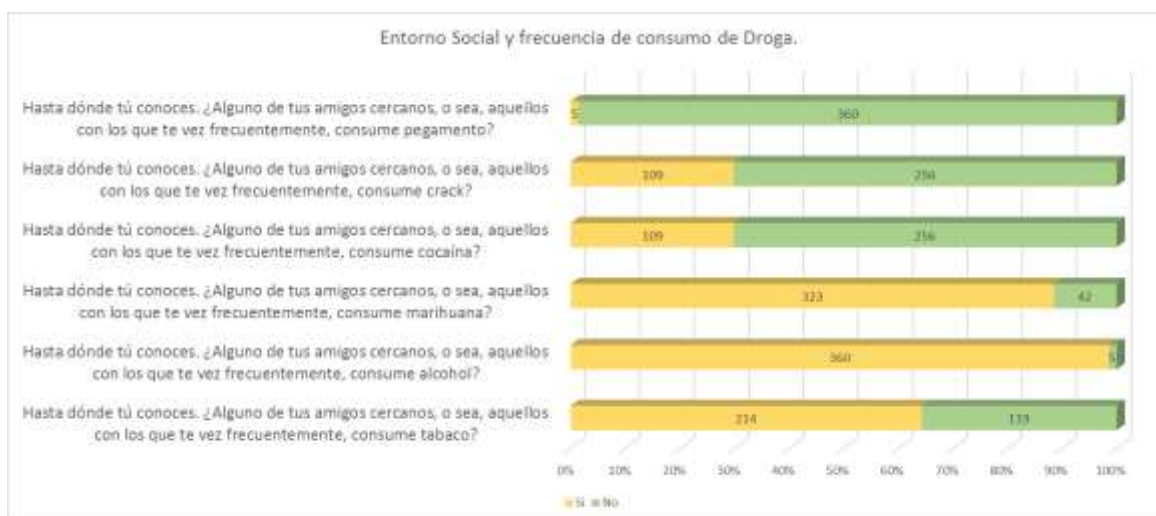
Entorno social y frecuencia de consumo de Droga.

En entorno social donde el alumnado se torna un factor de riesgo para el consumo de droga. Los amigos consumidores de algún tipo de droga, son los protagonistas para el inicio de consumo de drogas para los que nunca han consumo, en este análisis podemos ver que el tabaco en entrono social

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

principalmente entre los amigos consumen 214, para el alcohol 206 refieren que consumen, las cifras de consumo de marihuana un total de 132 alumnos que si con amigos consumen. La cocaína y crack tienen el mismo comportamiento 109 responde que, si conocen a amigos que consumen crack, y para el pegamento 5 alumnos responden que conocen personas o amigos que consumen crack. El entorno social puede conllevar al consumo de drogas, vemos en los resultados anteriores que es tanto las drogas legales como ilegales son consumidas entre los amigos, resultado que se pueden dar respuestas con la teoría multietápica del aprendizaje social propuesto por Simons, Conger y Withbeck citado por Fernández Busto (2010) el que plantea que los grupos de amigo pueden conllevar a los jóvenes a unirse a grupos de consumidores de droga.

Gráfico 24 Hasta dónde tú conoces. ¿Alguno de tus amigos cercanos, o sea, aquellos con lo que vez frecuentemente, consumen, algunas de las siguientes drogas?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

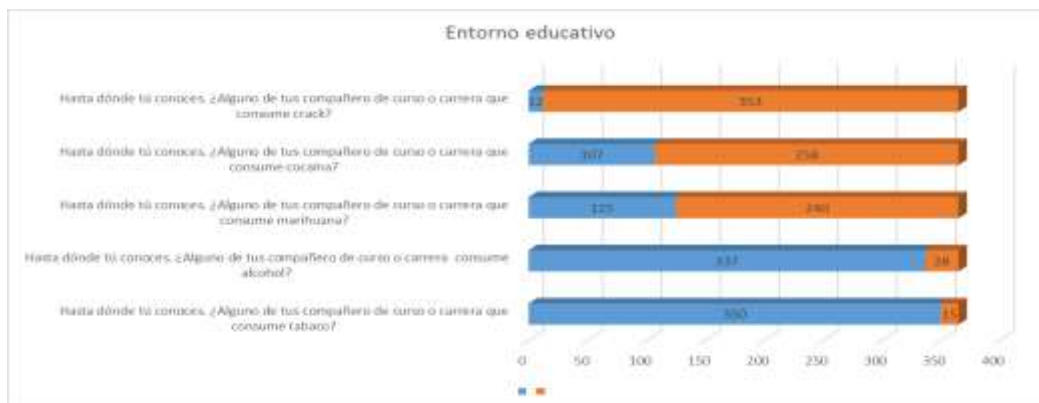
Entorno Educativo

El inicio de consumo de droga se afectado por el ambiente donde el adolescente o jóvenes se desarrolla. En cuanto al entorno educativo con a la pregunta Hasta dónde tú conoces ¿Algunos de tus compañeros decurso o carrera que consumen todos los alguna de estas drogas? Encontramos que si conocen a compañeros que consumen tabaco con una cifra de 350 encuestado. Para el alcohol que, si conocen compañero de curso que, si consumen 337, la

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

marihuana en cuanto si conocen compañeros de clase que consumen encontramos que si 125, Para la cocaína 107 alumnos responden que si conocen compañeros que la consumen y el crack refieres que 12 que si conocen compañeros la consumen.

Gráfico 25 En entorno educativo. Hasta dónde tú conoces. ¿Algunos de ts compañero de curso o carrera que consumen algunas de estas drogas?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

Podemos observar que el entorno Familia, social y educativo se torna un establo para el inicio de consumo de droga. Para Martínez Gimeno las relaciones entre padres/hijos, el estilo de manejo familiar y el modelo de comportamiento de los padres se podrían considerar importantes para la prevención de consumo, pero en muchos casos es el primer escenario para el inicio del consumo, relación que vemos los resultados obtenido para esta investigación. El contexto educativo universitario puede ofrecer elementos que favorezcan el uso de sustancias, a pesar de ser un medio en el que históricamente se ha encargado de las responsabilidades de la formación de la persona *Drogodependencias en Mujeres y Jóvenes*, 1998; en Martínez Gimeno, 2012)

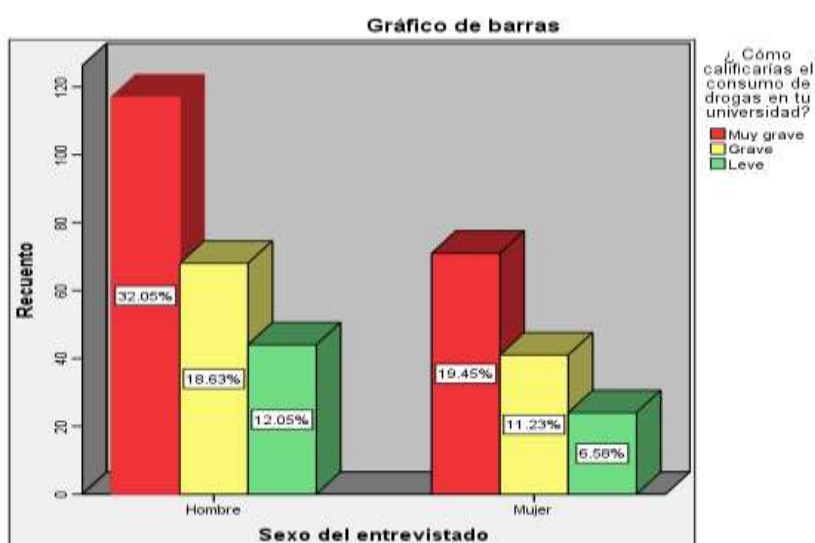
Calificación del consumo de droga en la universidad

La clasificación del consumo de drogas dentro de la universidad, relacionada con el sexo, encontramos que para las mujeres califican en consumo

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

de dentro del campo universitario como muy grave con 19.4%, los hombres los clasifican como muy grave con 32%. En cuanto a la gravedad de consumo dentro de la universidad encontramos que el 18.6% del hombre lo clasifican como grave y solo el 11.2% de las mujeres observan como grave, en cuanto a la calificación de leve el 12% del hombre, en la clasificación de consumo de tabaco el 12% del hombre lo califican como leve y las mujeres en un 6.5% lo califican el leve.

Gráfico 26 ¿Cómo clasificarías el consumo de drogas en tu Universidad?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

La percepción del riesgo del consumo frecuentemente de droga

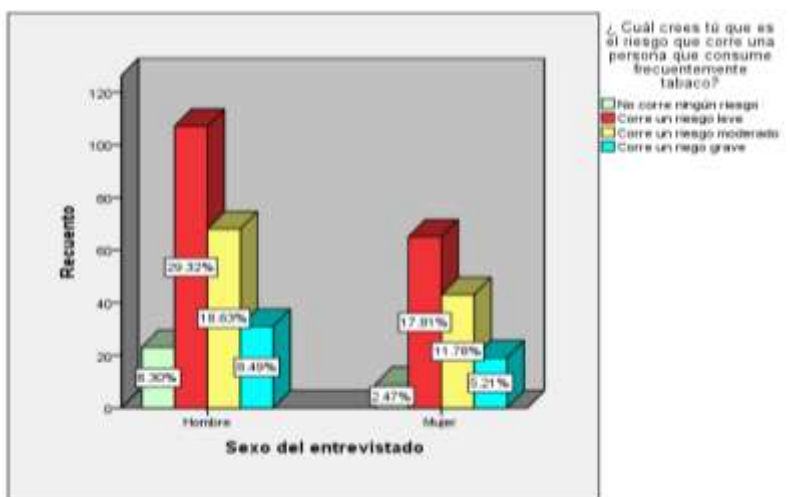
Tabaco

El riesgo que corre las personas que consumo de tacaco frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 8.4% que corren un riesgo grave y para las mujeres 5.2% refieren que corren un riesgo grave. En cuanto al riesgo moderado los hombres en un 18.6% lo ven moderado y las mujeres 11.7%. Los hombres en un 29.3% ven el riesgo de consumo frecuente de tabaco como leve y las mujeres 17.8% lo clasifican como leve. La percepción de riesgo que corre las personas que consumo frecuente tabaco los hombres en 6.3% refieren que no corren ningún riesgo y las mujeres 2.4%. Diferentes autores refieren que el consumo de tabaco frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

paciente los que lo puede conllevar a cáncer de pulmón y enfisema pulmonar. Por lo el riesgo de consumo es muy grave vemos en nuestro resultado que del 100% de la muestra, solo el 30% la percibe como un riesgo grave.

Gráfico 27 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente tabaco?



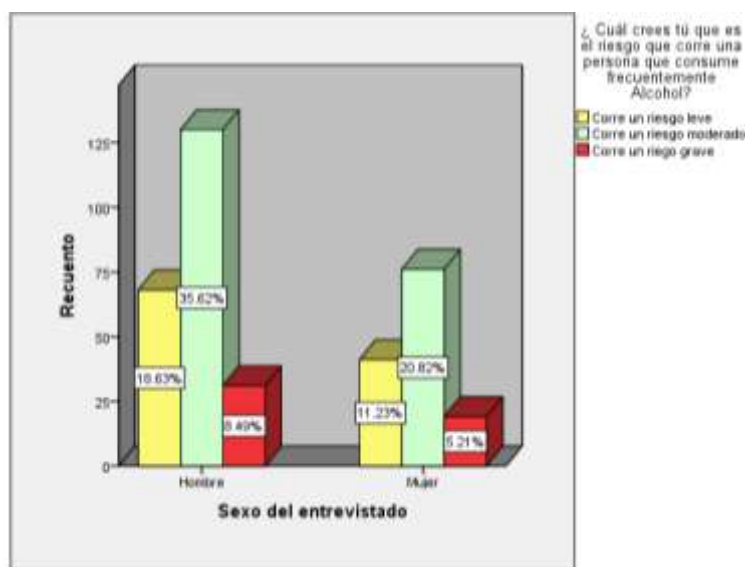
Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Alcohol

El riesgo que corre las personas que consumo de alcohol frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 8.4% que corren un riesgo grave y para las mujeres 5.2% refieren que corren un riesgo grave. En cuanto al riesgo moderado los hombres en un 35.6% lo ven moderado y las mujeres 20.8%. Los hombres en un 18.6% ven el riesgo de consumo frecuente de alcohol como leve y las mujeres 11.2% lo clasifican como leve. Diferentes autores refieren que el consumo de alcohol frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del paciente los que lo puede conllevar a la aparición de trastorno digestivo, disminución del ritmo cardio- respiratorio, cirrosis hepática y pérdida de masa neuronal. Basado en este planteamiento riesgo de consumo es muy grave y están muy relacionado con resultado sobre la percepción de riesgo del

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)
alumnado.

Gráfico 28 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente alcohol?

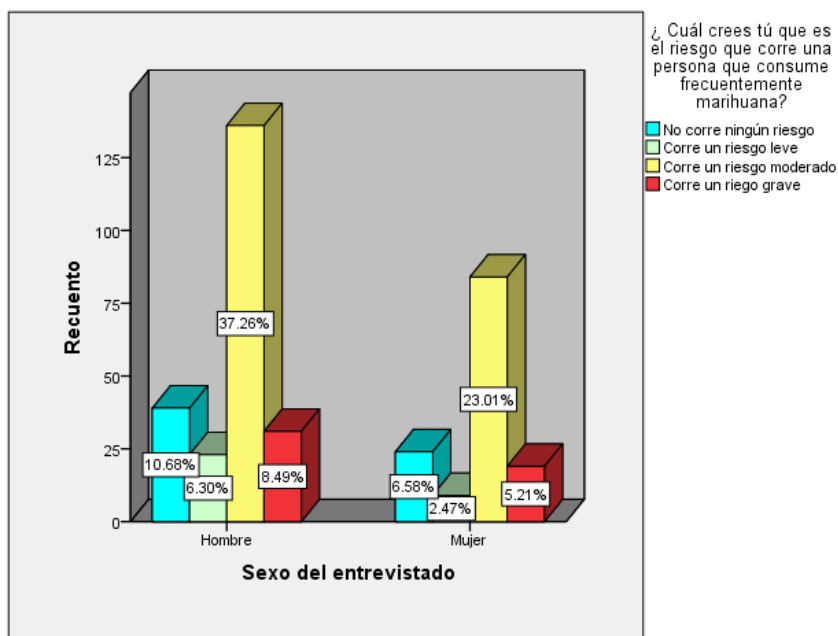


Marihuana

El riesgo que corre las personas que consumo de marihuana frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 8.4% que corren un riesgo grave y para las mujeres 5.2% refieren que corren un riesgo grave. En cuanto al riesgo moderado los hombres en un 35.6% lo ven moderado y las mujeres 23%. Los hombres en un 6.3% ven el riesgo de consumo frecuente de alcohol como leve y las mujeres 2.4% lo clasifican como leve. Diferentes autores refieren que el consumo de marihuana frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del paciente los que lo puede conllevar a problemas psicóticos. Por lo el riesgo de consumo es muy grave vemos en nuestro resultado que del 100% de la muestra, solo el 14% la percibe como un riesgo grave el consumo frecuente de la marihuana. Para Castillo Manzano, Pedrero García y Morón Marchena (2009), plantea que el daño a la salud de las personas que consumen marihuana, son grave, esos problemas de salud son múltiples tales como psicológico, respiratorio, inmunitario, uno de los más grave son los trastorno psicológico como la esquizofrenia.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

Gráfico 29 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente marihuana?



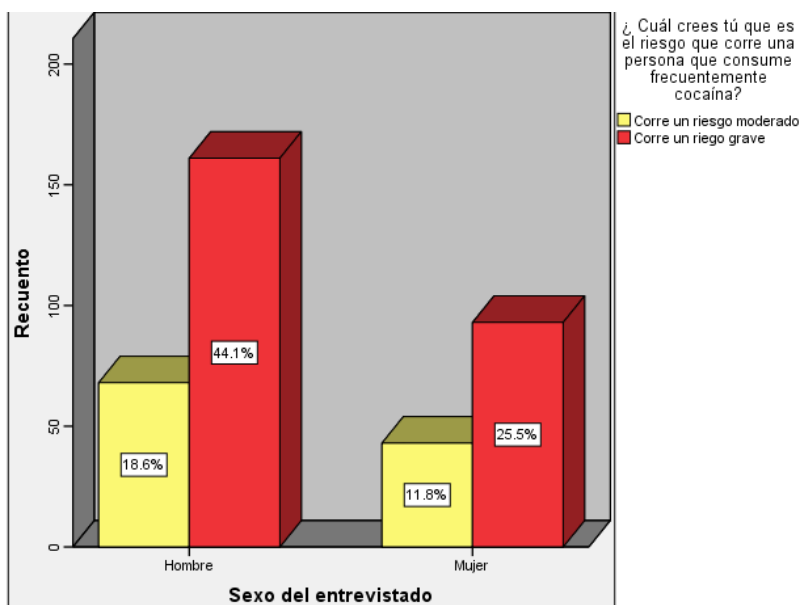
Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación.

Cocaína

El riesgo que corre las personas que consumo de cocaína frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 44.1% que corren un riesgo grave y para las mujeres 25.5% refieren que corren un riesgo grave. En cuanto al riesgo moderado los hombres en un 18.6% lo ven moderado y las mujeres 11.8%. Diferentes autores refieren que el consumo de cocaína frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del paciente los que lo puede conllevar a problemas psicóticos. Por lo el riesgo de consumo es muy grave vemos en nuestro resultado que del 100% de la muestra, solo el 70% la percibe como un riesgo grave el consumo frecuente de cocaína. El daño que provoca a la salud en consumo de cocaína, refleja en grado de adicción y los daños psicológicos como la esquizofrenia, que les conlleva a las personas que consumen droga.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

Gráfico 30 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente cocaína?



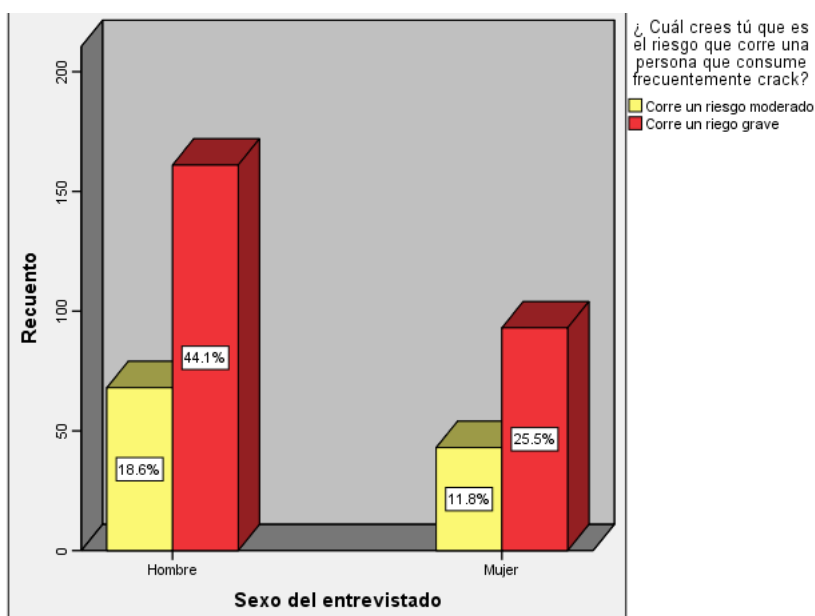
Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

Crack

El riesgo que corre las personas que consumo de crack frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 44.1% que corren un riesgo grave y para las mujeres 25.5% refieren que corren un riesgo grave. En cuanto al riesgo moderado los hombres en un 18.6% lo ven moderado y las mujeres 11.8%. Diferentes autores refieren que el consumo de crack frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del paciente los que lo puede conllevar a problemas psicóticos. Por lo el riesgo de consumo es muy grave vemos en nuestro resultado que del 100% de la muestra, solo el 70% la percibe como un riesgo grave el uso frecuente de crack.

Gráfico 31 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente crack?

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**



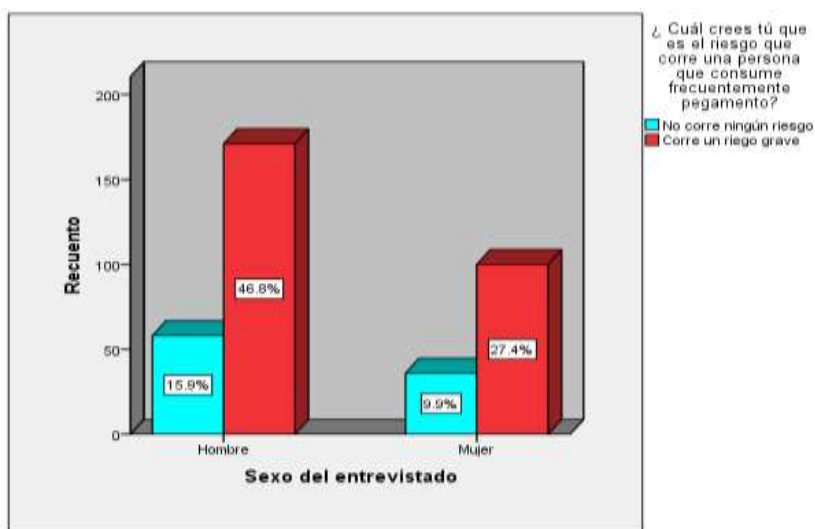
Fuente: Resultado del cuestionario de investigación.

Pegamento

El consumo de pegamento es uno de los menos representativo dentro los resultados anteriores, pero es necesario conocer la percepción del alumnado sobre el riesgo que corre las personas que consumo de pegamento frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 46.8% que corren un riesgo grave y para las mujeres 27.4% refieren que corren un riesgo grave. La percepción del hombre en cuanto al uso frecuente del pegamento, los que indican que no corren ningún riesgo en un 15.9% y las mujeres indican que no corren ningún riesgo en 9.9%. Diferentes autores refieren que el consumo de pegamento frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del paciente los que lo puede conllevar a problemas psicóticos. Por lo el riesgo de consumo es muy grave vemos en nuestro resultado que del 100% de la muestra, solo el 70%. La percibe como un riesgo grave el uso frecuente de pegamento. La inhalación reiterada puede provocar daño en las zonas del cerebro participantes en el proceso de aprendizaje, movimiento, visión y audición. Las anomalías cognitivas pueden ir desde problemas leves hasta la demencia.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

Gráfico 32 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente pegamento?



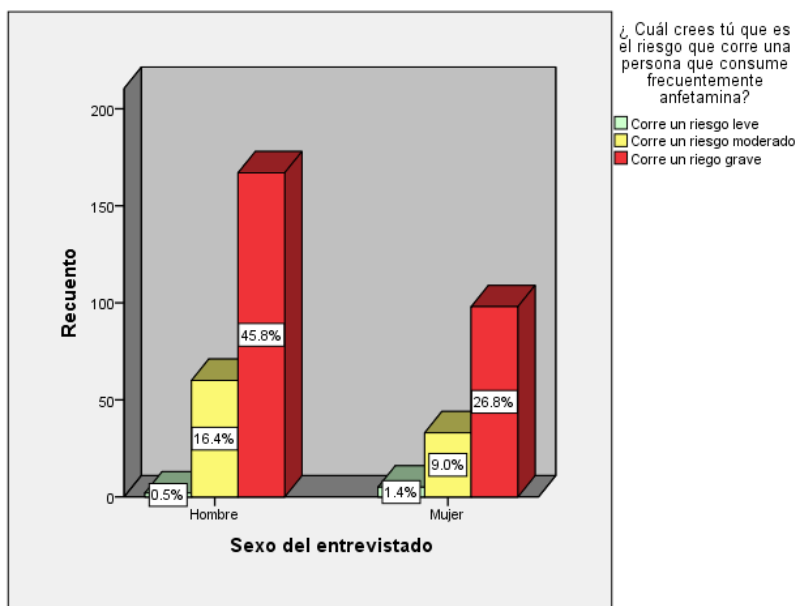
Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Anfetamina

El consumo de anfetamina es uno de los menos representativo dentro los resultados anteriores, pero es necesario conocer la percepción del alumnado sobre el riesgo que corre las personas que consumo de anfetamina frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 45.8% que corren un riesgo grave y para las mujeres 26.8% refieren que corren un riesgo grave. La percepción del hombre en cuando al uso frecuente de anfetamina, los que indican que corren ningún riesgo moderado en un16.4% y las mujeres indican que corren ningún riesgo moderado en 9. %. La percepción de quino corre ningún riesgo la tanto para hombre y mujeres es baja. Para hombre 0.5% y para mujeres 1.4% Diferentes autores refieren que el consumo de anfetamina frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del paciente los que lo puede conllevar a problemas psicóticos. Por lo el riesgo de consumo es muy grave vemos en nuestro resultado que del 100% de la muestra, solo el 70% la percibe como un riesgo grave el uso frecuente de anfetamina.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Gráfico 33 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente anfetamina?



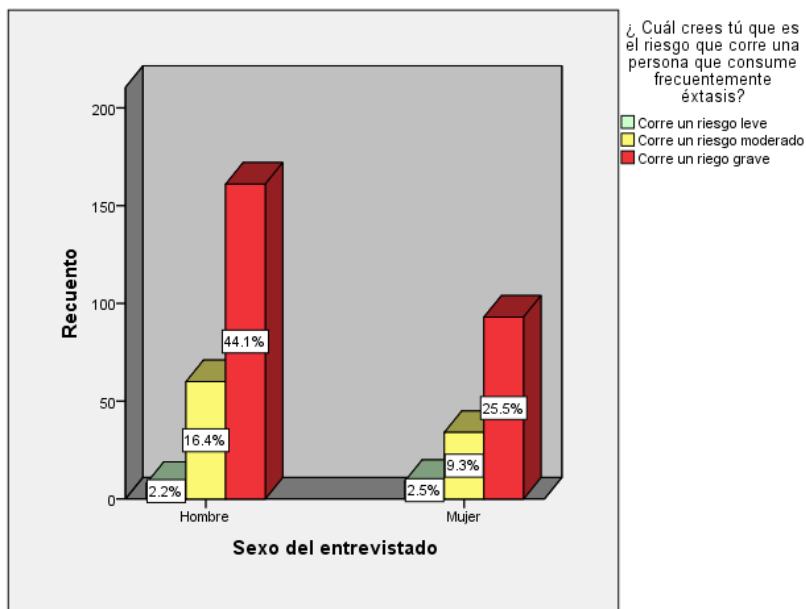
Fuente: Resultado del cuestionario de investigación
Éxtasis

El consumo de éxtasis es uno de los menos representativo dentro los resultados anteriores, pero es necesario conocer la percepción del alumnado sobre el riesgo que corre las personas que consumo de éxtasis frecuentemente percibida por el alumnado. Para los hombres en 44.1% que corren un riesgo grave y para las mujeres 25.5% refieren que corren un riesgo grave. La percepción del hombre en cuando al uso frecuente de éxtasis, los que indican que corren ningún riesgo moderado en un 16.4% y las mujeres indican que corren ningún riesgo moderado en 9.3%. La percepción de que no corre ningún riesgo la tanto para hombre y mujeres es baja, para los hombres 2.2% y para mujeres 2.5%. Diferentes autores refieren que el consumo de anfetamina frecuentemente provoca adicción y daño a la salud del paciente los que lo puede conllevar a problemas psicóticos. Por lo el riesgo de consumo es muy grave vemos en nuestro resultado que del 100% de la muestra, solo el 70% la percibe como un riesgo grave el uso frecuente de crack. El éxtasis no genera dependencia física, aunque algunos usuarios desarrollan dependencia psicológica a sus efectos.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

Poco se sabe aún sobre los efectos de largo plazo del consumo frecuente; se cree que éste puede producir ciertas pérdidas de memoria.

Gráfico 34 ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente éxtasis?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Percepción de accesibilidad para la adquisición de droga.

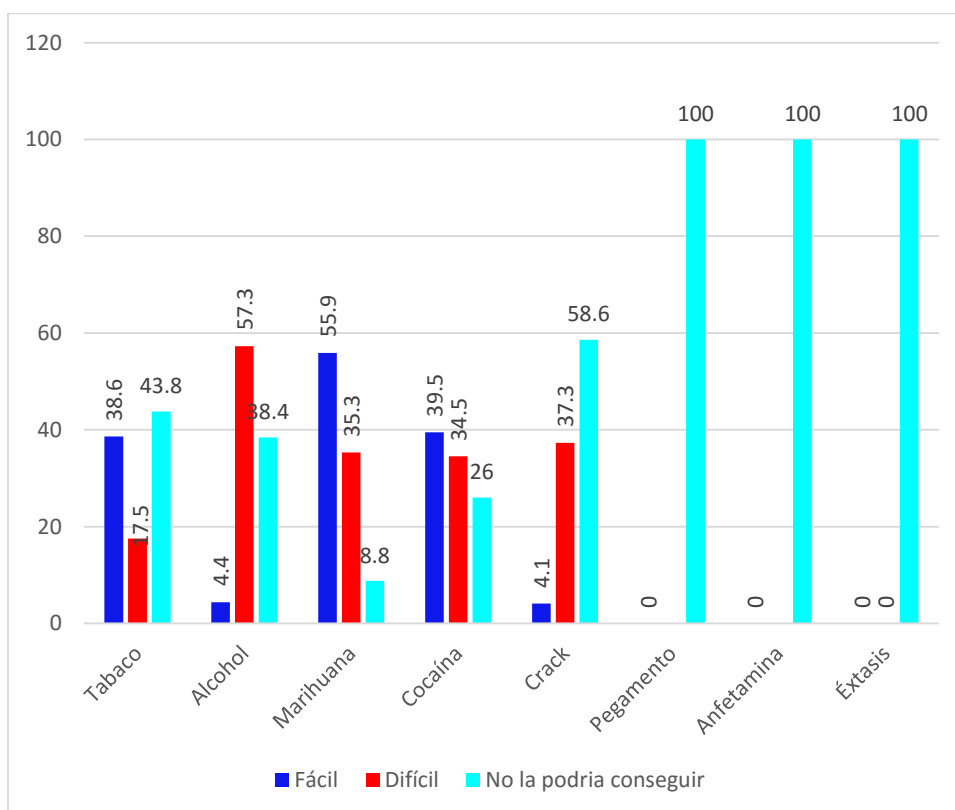
Las declaraciones respecto a la facilidad de acceso a las drogas, muestran que un 38.6% del alumnado encuestado señalan que le sería fácil conseguir tabaco en la universidad, un 4.4% indicar que es fácil conseguir alcohol dentro de la universidad, la accesibilidad de la adquisición de la marihuana encontramos que 55.9% que es fácil, en cuanto a la cocaína un 39.5% del alumnado indica que fácil adquirirla, la accesibilidad hacia al crack encontramos que 4.1% se les haría fácil adquirirlo y para el pegamento, anfetamina y crack el 100% indica que la podían conseguir. Los antecedentes revelan, que la circulación y disponibilidad de droga es el alta dentro los campos universitarios, especial el tabaco, marihuana, cocaína.

La accesibilidad para la adquisición de droga por el alumnado de la

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

universidad encontramos que la droga a las cual tienen más acceso en la universidad tenemos el tabaco en 38.6%, la marihuana 55.9% y la cocaína en 39.5%. Estos resultados se ven estrechamente relaciono con los obtenidos de un estudio realizado por OEA y CICAD 2013, el que refleja en su análisis que entre las drogas licitas el tabaco es una de las circula en la universidad y entre las drogas ilícitas se encuentra la marihuana y cocaína. De igual forma revela que análisis del uso de sustancias psicoactivas en cada uno de los países participantes lo cual reveló Los inhalantes, el éxtasis y la heroína fueron las sustancias menos frecuentemente usadas en toda la región. Siendo Nicaragua el tercer país que más drogas consumes el alumnado universitario.

Gráfico 35 ¿Qué tan difícil se te sería conseguir algunas de estas drogas en la Universidad?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Nivel de información en sistema educativo

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

El análisis de los resultados del estudio, en función del nivel de información que registra que la población universitaria en torno a la temática de drogas, revela que un 39.4% indican que si han recibido información sobre riesgo de las drogas. En cuanto si han recibido información sobre las drogas en sus hogares encontramos que 31.2% indican que si han recibido bastante información por su familia. En centro educativo 91.2% refieren que si han recibido bastante información. La información adquirida por los medios que poco se ve información preventiva sobre las doras con un porcentaje de 97.3% refiere que poco. Otras de las preguntas que se realizó que si conocen sobre espacios de atención de personas adictas a las drogas en chontales los que centramos que 89% que no conocen centro que atención a personas adictas a las drogas. Para la pregunta que si han visto o escuchado mensaje de prevención en la universidad encontramos el 65.5% del alumnado indica que poca vez visto o escuchado mensaje de prevención sobre el uso de las drogas.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Gráfico 36 Información y formación sobre las drogas en la universidad



Fuente Resultado del cuestionario investigación

Nivel de participación en actividades preventiva.

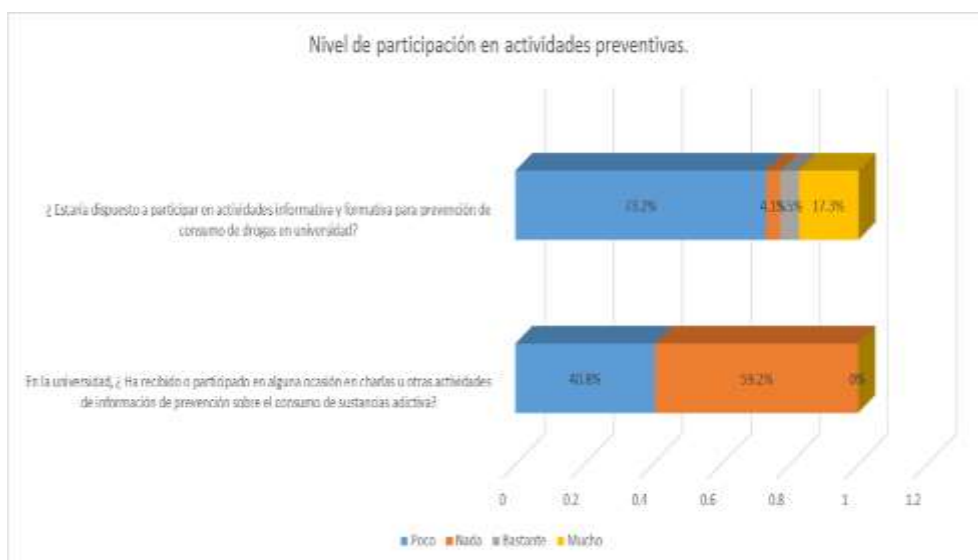
El nivel de participación en actividades de prevención relacionada con los resultados obtenidos en función de esta variable, revelan que solo un 59.2% del total de estudiantes entrevistados, manifiesta no haber participado en algún tipo de actividad relacionada con la prevención del consumo de drogas en la universidad, nivel de participación y disposición para participar en actividades de prevención de consumo de droga encontramos solo el 17.3% indican que están dispuesto a participar.

Para Sánchez y García (2008), plantea que la prevención de las drogas es dotar a los jóvenes de recursos y capacidades para decidir, capacitarlo para

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

convivir con la presencia de las drogas. Porque es importante brindar información y formación para proveer de conocimientos sobre las drogas al alumnado y así contribuir la disminución del consumo entre el alumnado.

Gráfico 37 Nivel de participación en actividades preventivas



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

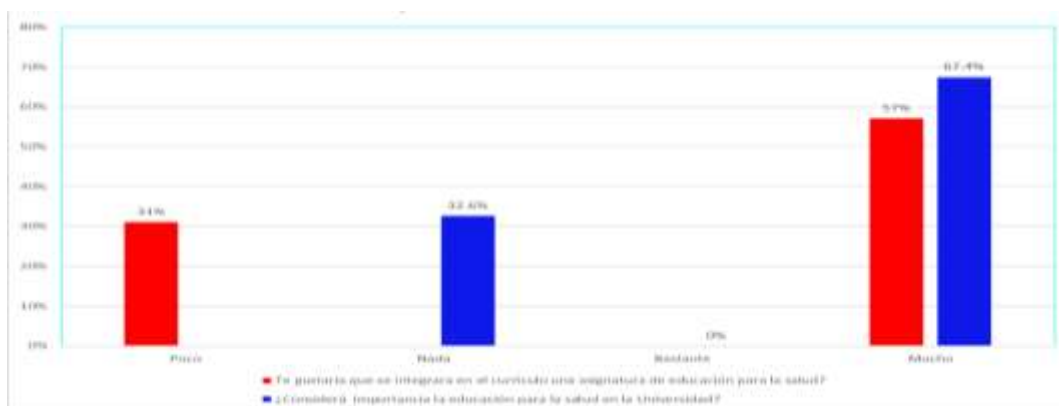
Educación para la salud

Para conocer la importancia de la integración el currículum la asignatura de la educación para salud, se realizaron las siguientes preguntas, para conocer el nivel de aceptabilidad de la misma, esta pregunta son arrogo los siguientes resultados que del 100% de la muestra el 57% les gustaría que en currículo de la universidad se sirva la asignatura de educación para la salud. Otras preguntas que, si consideraban importante la educación para la salud en la universidad, un 67.4% refiere que es de mucha importante. De esta forma, La Educación para la Salud puede figurar en el currículum escolar de muchas maneras. En ciertas escuelas, pueda aparecer como un momento inscrito de forma regular en el empleo del tiempo, aunque puede ser enseñada como parte integrante de otras materias o a través de temas de salud. En otros casos, la EpS puede ser incluida en los programas sobre actitudes y valores o, desde luego, aparecer como una combinación de estas posibilidades (García Martínez, 1998; en

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)

Pedrero García, 2012).

Gráfico 38 Educación para la Salud en el currículo universitario



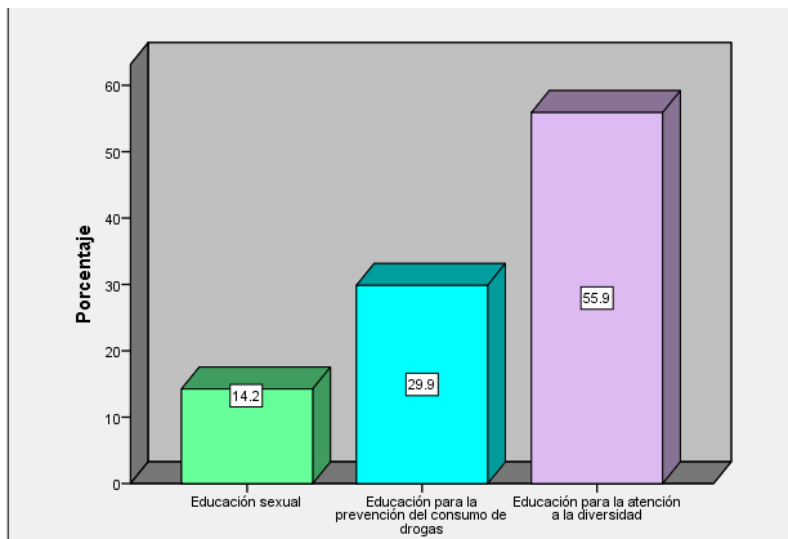
Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Propuestas de temáticas para abordar en la asignatura de educación para la salud.

Conocer las implicaciones sobre las posibles temáticas para integrarse en asignatura de educación para la salud, con la pregunta ¿Te gustaría que se integración al currículo temáticas para ayudar a resolver o estar preparado para resolver problemas sociales? Los resultados obtenidos en un 55.9% les gustaría que se integre la educación para la atención para la diversidad, para la educación para la prevención del consumo de drogas en 29.9% del total del alumnado y un 14.2% la educación sexual. Para González Lucini plantea que transversabilidad de temáticas que pueden promueve la formación integral del alumnado

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM- CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Gráfico 39 ¿Cuáles temáticas gustaría que se integrarán al currículo para estar preparado para resolver problemas sociales? ¿Cuáles?



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

4.3. Fase de Predictiva

Al utilizar como criterio que todas las hipótesis sometidas a prueba posteriormente, tendrán como media 0.05, (media teórica) y a partir de esto, saber si habrá una diferencia de medias para la prueba de hipótesis en lo que se contrasta la media teórica y las medias observadas o empíricas. Todo esto se hará con un intervalo de confianza del 95%.

Como planteamos anteriormente, que todas las hipótesis secundarias (hipótesis alternativa), si se aprueba, se dará como resultado la corroboración p desaprobación de la hipótesis general (desaprobación, si todas son rechazadas)

Aunque la fase descriptiva, ya se observa una tendencia, con esa tendencia no se puede inferir; es necesario por tanto recurrir a la inferencia estadística, para determinar si las aseveraciones planteada en la hipótesis alternativa asociada, permite la corroboración de la hipótesis general, Aunque en la prueba de hipótesis no se toma en cuenta el error planteado por el

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

investigador, este error es transferible a todas las variables observadas y analizadas en las hipótesis.

Se asume para este caso, probar las hipótesis analizando si la media teórica encaja dentro del intervalo de confianza que se establecerán en cada tabla de análisis originada en el programa SPSS versión 18.

Es importante sacar para el caso de que la media observada este en las fronteras de la media teórica (esto es que sea un poco menor o un poco mayor), se ha determinado para esos casos particulares, se ha de asignar como valor de prueba, una media de cero, de tal modo que si la media de la supuesta, cae en el intervalo confianza se ha obtenido, se aprueba la hipótesis nula y se rechaza la alternativa, caso contrario se acepta la alternativa.

A continuación se procede aprobar una a una las hipótesis asociada planteadas en el diseño, al inicio se plantea la hipótesis general que habrá de someterse a prueba según los resultados de las hipótesis asociada.

Hipótesis general

H_N: Hay diferencia entre la edad de inicio de consumo de droga relacionada con el género.

H_A: No hay diferencia entre la edad de inicio de consumo de drogas relacionada con el género.

Hipótesis asociada

Prueba: 1

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo del tabaco relacionada con el género.

H_A: No hay diferencias entre el inicio del consumo del tabaco relacionada con el género.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Los valores obtenidos para la realización de esta prueba se muestran en tablas siguientes:

Tabla 25 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo del tabaco relacionado con el género

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.772 ^a	1	.096		
Corrección por continuidad ^b	2.280	1	.131		
Razón de verosimilitudes	2.885	1	.089		
Estadístico exacto de Fisher				.121	.064
Asociación lineal por lineal	2.764	1	.096		
N de casos válidos	365				

Nota: a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19.38.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2. **Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación**

Al establecer la correlación entre la edad que tenía cuando consumió tabaco por primera vez, en que cada involucrado relacionado con el sexo del encuestado, utilizando la chi-cuadrado, se puede observar en la tabla anterior, primero que no hay casilla con frecuencia esperadas inferiores a cinco, lo que permite establecer que la hipótesis que se corrobore o se rechace, tiene suficiente base estadísticas.

La significancia teórica para esta prueba es del 5%, por tanto la hipótesis nula, ha de rechazarse si la significancia bilateral observada es superior o igual al 5%. Se observa en la tabla que la significancia bilateral es de $p \alpha=0.05$, por tanto:

Se puede apreciar que hay cero casillas con frecuencias inferiores a cinco, por tanto hay suficiente evidencia estadística para soportar la hipótesis que se confronta continuación.

El valor de la significancia bilateral mostrada por el programa es de 0.096, que es superior al valor de 0.05 de la significancia teórica, esto es: **$p: \alpha 0.096 \geq 0.05$** , por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

que afirma que no existe diferencia en términos de género para la edad de inicio del consumo del tabaco.

$\alpha = 0.05 \geq 0.05$, por tanto, se rechaza la hipótesis nula de que el inicio de la etapa de consumo es diferente según el sexo y se puede afirmar con suficiente base estadística que no hay diferencia de género para la etapa del inicio del consumo del tabaco.

Por tanto, se aprueba la hipótesis alternativa: H_A : *No existe diferencia entre el inicio del consumo del tabaco relacionada con el género*

Hipótesis asociada

Prueba: 2

HN: Hay diferencias entre el inicio del consumo del alcohol relacionada con el género.

HA: No existe diferencia entre el inicio del consumo del alcohol relacionada con el género.

El consumo de droga específicamente el alcohol, puede indicarse a temprana edad entre hombres y mujeres.

Tabla 26 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo del alcohol relacionado con el género

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.659 ^a	1	.417		
Corrección por continuidad ^b	.423	1	.515		
Razón de verosimilitudes	.672	1	.412		
Estadístico exacto de Fisher				.518	.260
Asociación lineal por lineal	.658	1	.417		
N de casos válidos	365				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.51.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

En este caso se pretendía de previo estable que no hay diferencia entre

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

el consumo de droga entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio: la hipótesis alternativa era: No existe diferencia entre el inicio del consumo de tabaco relacionada con género

Los datos obtenidos en la tabla que hay cero casillas con frecuencias inferiores a cinco, por tanto, hay suficiente evidencia estadística para soportar la hipótesis que se confronta continuación:

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo del alcohol relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo del alcohol relacionada con el género.

El valor de la significancia bilateral mostrada por el programa es de 0.417, que es superior al valor de 0.05 de la significancia teórica, esto es: $p: \alpha 0.417 \geq 0.05$, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que afirma que No existe diferencia entre el inicio del consumo del alcohol relacionada con el género

Hipótesis asociada

Tabla 27 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo de marihuana relacionada con el género

Prueba: 3

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.046 ^a	1	.306		
Corrección por continuidad ^b	.836	1	.360		
Razón de verosimilitudes	1.048	1	.306		
Estadístico exacto de Fisher				.330	.180
Asociación lineal por lineal	1.043	1	.307		
N de casos válidos	365				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 63.72.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En este caso se pretendía de previo estable que no hay diferencia entre el consumo de droga entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio: la hipótesis alternativa era: *No existe diferencia entre el inicio del consumo de marihuana relacionada con el género.*

Los datos obtenidos en la tabla que existen casillas con frecuencias inferiores a cinco, por tanto, hay suficiente evidencia estadística para soportar la hipótesis que se confronta continuación:

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo de marihuana relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo de marihuana relacionada con el género

El valor de la significancia bilateral mostrada por el programa es de 0.309, que es superior al valor de 0.05 de la significancia teórica, esto es: $p:\alpha 0309 \leq 0.05$, por tanto se rechaza a hipótesis nula y se aprueba la hipótesis alternativa que afirma No existe diferencia entre el inicio del consumo de marihuana relacionada con el género.

Hipótesis asociada

Tabla 28 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo de cocaína relacionada con el género

Prueba: 4

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.449 ^a	1	.503		
Corrección por continuidad ^b	.308	1	.579		
Razón de verosimilitudes	.448	1	.503		
Estadístico exacto de Fisher				.565	.289
Asociación lineal por lineal	.448	1	.503		
N de casos válidos	365				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 45.08.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En este caso se pretendía de previo estable que no hay diferencia entre el consumo de droga entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio: la hipótesis alternativa era: *No existe diferencia entre el inicio del consumo de cocaína relacionada con el género*

Los datos obtenidos en la tabla que hay cero casillas con frecuencias inferiores a cinco, por tanto, hay suficiente evidencia estadística para soportar la hipótesis que se confronta continuación:

H_N: Hay diferencias entre el inicio del consumo de cocaína relacionada con el género.

H_A: No existe diferencia entre el inicio del consumo de cocaína relacionada con el género

El valor de la significancia bilateral mostrada por el programa es de 0. 503, que es superior al valor de 0. 05 de la significancia teórica, esto es: **p: α 0.503 \geq 0.05**, por tanto se rechaza a hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que afirma que No existe diferencia entre el inicio del consumo de cocaína relacionada con el género

Hipótesis asociada

Prueba: 5

Tabla 29 Pruebas de chi-cuadrado para las hipótesis: inicio del consumo de crack relacionado con el género

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.011 ^a	1	.083		
Corrección por continuidad ^b	1.612	1	.204		
Razón de verosimilitudes	4.703	1	.030		
Estadístico exacto de Fisher				.162	.096
Asociación lineal por lineal	3.002	1	.083		
N de casos válidos	365				

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.86.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En este caso se pretendía de previo estable que no hay diferencia entre el consumo de droga entre hombres y mujeres en cuanto al inicio de consumo: la hipótesis alternativa era: *No existe diferencia entre el género para la edad de inicio del consumo de crack relacionada con el género.*

Los datos obtenidos en la tabla que hay cero casillas con frecuencias inferiores a cinco, por tanto, hay suficiente evidencia estadística para soportar la hipótesis que se confronta continuación:

H_N : Hay diferencias entre el inicio del consumo de crack relacionada con el género.

H_A : No existe diferencia entre el inicio del consumo de crack relacionada con el género relacionada con el género.

El valor de la significancia bilateral mostrada por el programa es de 0.083, que es superior al valor de 0.05 de la significancia teórica, esto es: **$p: \alpha 0.083 \geq 0.05$** , por tanto se rechaza a hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que afirma que no existe diferencia en términos de género para la edad de inicio del consumo de Cocaína.

Los encontrados en las con probación de las cinco hipótesis asociadas, bajo el planteamiento que si el 50% se ellas se aprueba la hipótesis alternativa general y se rechaza la nula.

H_N : Hay diferencia entre el inicio de consumo de drogas relacionada con el género

H_A : No existe diferencia entre el de inicio de consumo de drogas relacionada con el género.

Conclusión del análisis de hipótesis

La hipótesis alternativa general de esta investigación ha se ser rechaza aprobada, según se planteó inicialmente en el apartado de análisis de los datos. Si el 50% de las hipótesis alternativas asociadas se aprueban. Las hipótesis nulas y alternativas generales se plantearon de la siguiente manera:

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

H_N : Hay diferencia entre el inicio de consumo de drogas relacionada con el género

H_A : No existe diferencia entre el de inicio de consumo de drogas relacionada con el género.

Se aprobaron el 100% de la hipótesis alternativa asociada significancia teórica, esto es: $p: \alpha 0.05 \geq 0.05$, por la que se rechaza la hipótesis nula general y se aprueba la hipótesis alternativa general.

H_A : No existe diferencia entre el de inicio de consumo de drogas relacionada con el género.

Los resultados obtenidos se relacionan con las aseveraciones de silva y OEA, los que afirma que en la actualidad el inicio de consumo está realiza entre hombre y mujeres, y sobre todo dan pauta para relazar intervención en campo educativo de la esta casa de estudio, específicamente el currículo educativo, ya que esto conllevara a formar e informar a alumnado sobre los perjuicios de las drogas a su salud.

4.4. Fase correlacional

En este apartado veremos la correlación entre inicio de consumo de una droga como un ante paso para iniciar en consumo de otra droga. La correlación p Pearson para cuantificar la fuerza de lineal entre dos variables. Para este estudio las variables a correlacionar los las siguientes.

Para este estudio pretendemos determinar la correlación, se planteó la siguiente relación bivariada:

Entre drogas por ejemplo que correlación si existen una como ante paso la iniciar o disminuir el consumo de droga. El que consumen tabaco **vs** iniciar el consumo de alcohol.

El que consumo tabaco **vs** iniciar marihuana.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

El consume tabaco vs inicia consumo de cocaína.

EL consume crack vs disminuye el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína.

El valore numérico que se prende encontrar en el coeficiente oscila entre -1 y +1. Un valor de -1 indica una relación lineal o línea recta positiva perfecta. Una correlación próxima a cero indica que no hay relación lineal entre las dos variables.

Tabla 30 Correlaciones Pearson encontramos la correlación entre las diferentes drogas

Correlaciones

	Has consumido alguna vez en tu vida tabaco	Has consumido alguna vez en tu vida Alcohol	Has consumido alguna vez en tu vida marihuana	Has consumido alguna vez en tu vida cocaína	Has consumido alguna vez en tu vida crack
Has consumido alguna vez en tu vida tabaco	1	.826**	.434**	.204**	-.289**
	.000	.000	.000	.000	.000
	365	365	365	365	365
Has consumido alguna vez en tu vida Alcohol	.826**	1	.409**	.184**	.045
	.000	.000	.000	.000	.388
	365	365	365	365	365
Has consumido alguna vez en tu vida marihuana	.434**	.409**	1	.603**	-.126*
	.000	.000	.000	.000	.016
	365	365	365	365	365
Has consumido alguna vez en tu vida cocaína	.204**	.184**	.603**	1	-.083
	.000	.000	.000	.000	.113
	365	365	365	365	365
Has consumido alguna vez en tu vida crack	-.289**	.045	-.126*	-.083	1
	.000	.388	.016	.113	
	365	365	365	365	365

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

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Resultado del cuestionario de la investigación

La correlación entre el consumo de tabaco y relación entre el consumo de alcohol es encontramos una significancia de **p= 0.826**. Lo que nos quiere decir que el inicio de tabaco está relacionado con el inicio de alcohol y que existe la probabilidad del inicio de una droga con lleve al consumo de otra droga.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En cuanto al tabaco y la marihuana encontramos una significancia de $p=0.434$, podemos decir que existe la probabilidad de que el que consume tabaco, consuma también marihuana. La relación de la iniciación de consumo encontramos que el que fuma, prueba marihuana.

Cuando correlación entre el tabaco y la cocaína vemos que el coeficiente de correlación d Pearson es $p=0.204$, lo que nos indica que la persona que consume tabaco tiene la misma tendencia hacia el consumo de cocaína.

El caso contrario para la correlación del tabaco y crack, el cual existe una correlación de Pearson es negativa $p= - 289$, lo que indica que las persona que consumen crack tienen la tendencia a no consumir tabaco, ya que la tendencia adictiva del crack es superior al tabaco.

El coeficiente de correlación de Pearson con el alcohol y el consumo de marihuana encontramos que $p= .409^{**}$, lo que indica que la persona que consumo alcohol tiende a consumir marihuana, basado en los resultado podemos aseverar que la persona que consume alcohol en algún momento de si vida tienen la probabilidad de consumir marihuana.

La correlación de Pearson con el alcohol y la cocaína encontramos que los resultados son positiva $p = .184^{**}$, la tendencia que las personan que consumen alcohol tiene la probabilidad de consumir cocaína. AL alcohol es una de las drogas de su función es desinhibir el estado de conciencia de las persona que los consumen y lo puede llevar a realizar actividades o consumir otras sustancia para evitar la desinhibición que causa el alcohol y aumentar la euforia en los consumidores.

El alcohol y crack, los resultados obtenido el coeficiente de correlación de Pearson es positiva donde $p= .045$, lo que indica que la existe la relación del consumo de alcohol y la tendencia del consumo de crack en la persona que la

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

han consumido.

El coeficiente de correlación de Pearson relacionado con el consumo de marihuana y cocaína es positiva donde $p = .603^{**}$, siendo una correlación positiva vemos que la relación que existe entre la persona que consumen marihuana y buscan consumir otros tipos de drogas más efecto para ello que lleve a la euforia siendo esta la cocaína.

La correlación que existe entre la marihuana y el crack, resultado ser negativa $p = -.126^*$. Siendo el crack una de las drogas con más grado de adicción, lo que conlleva a las personas que consumen crack dejar de consumir cocaína.

La correlación entre el consumo de cocaína con el crack es negativa donde $p = -.083$, lo que indica que las persona que consume cocaína tienen la probabilidad de consumir crack, ya que busca una mejor sensación.

El coeficiente de correlación de Pearson nos indica la positividad entre el consumo de un tipo de droga que nos conlleva al consumo de otras tanto el tabaco ($p = .434^{***}$), el alcohol ($p = .826^{**}$), marihuana ($p = .434^{**}$), cocaína ($.204^{**}$), esto nos indica que existe una relación lineal entre las variables y lo podemos explicar que la inicio del consumo de algún tipo de droga conlleva al consumo de otra con más grado de adicción.

Caso contrario para el crack y otras drogas, esta relación lineal se cumple para el consumo de crack y el alcohol ($p = .045$), esto nos indica que las persona inicialmente consumieron alcohol lo que le conlleva al consumo de crack.

De igual forma existe el coeficiente de correlación de Pearson negativa el crack con las diferentes sustancias tal como el tabaco ($p = -.289^{**}$). Marihuana ($p = -.126^*$) y la cocaína ($p = -.083$), esto nos indica que las persona que consumen crack, su consumo de otras sustancias disminuye o en nulo, esto debe por el grado de adicción que tiene el crack en sistema neurológico (cerebral) de las personas consumidoras.

***ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)***

Hemos llegado al punto de realizar las conclusiones de esta tesis doctoral, basada en los resultados obtenidos de este trabajo de investigación

**5ta PARTE: CONCLUSIONES
E IMPLICACIONES**

**CAPITULO V CONCLUSIONES
E IMPLICACIONES**

5^{ta} PARTE: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

CAPITULO V CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Tal y como se ha expuesto inicialmente, el presente trabajo nace de la necesidad de conocer y entender una realidad que se perfila en la mejora del currículo educativo, con respecto al consumo de droga por el alumnado y la necesidad de integrar al currículo la educación para la salud.

Para este caso, la educación para la salud es una estrategia que ayudara al alumnado, a tener elementos necesarios para intervenir en los problemas sociales, la universidad es un estabón indispensable en la formación integral del alumnado.

Todas las transformaciones curriculares de se deben realizar en función de a la mejora de una educación para fortalecer al alumnado en problemas sociales.

Con el paso de los años y la acumulación de la experiencia vivida en torno a las drogas y de trabajar en dos sectores importante como es salud y educación donde la está temáticas es una de los principales problemas tanto en salud pública como de educación, podemos aseverar que no existe una sociedad libre de droga y que ninguna sociedad puede sobre vivir sin normas de prevención de drogas en los diferentes sistemas educativos, con el objetivo de disminuir el impacto de esta problemática.

Diferentes corrientes teóricas e investigaciones indican que la enfermedad del siglo XXI es el consumo de droga y que esta se debe a: miedo, la depresión, la sociedad, aburrimiento, la presión de los pares. Toda esta problemática de las drogas surge por el propio devenir del ser humano que requieren de las drogas para la búsqueda de la felicidad, el bienestar, evitar el dolor, la necesidad de pertenencia a un grupo, entre otras. Para esta busque hacen uso de sustancia que tanto naturales como artificiales que ayuden a mitigar esa ausencia y evitar el dolor, pero en esta busque constante van provocando perjuicio a su salud.

En la actualidad convivimos en sociedad que la capacidad del ser humano

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

de resistir el dolor y otras situaciones son relativamente nula o casi nula. Eso conlleva que en determinadas circunstancias tengamos que acudir a sustancias que nos ayuden a aplacar el dolor y que nos permitirán prelativamente bien o casi bien, de vivir o sentirse mejor. Pero en esa búsqueda del placer llega a ser un objetivo por sí mismo en el ser hombre una búsqueda sin fin. Por ello se continúa en la búsqueda nuevos placeres y el uso de otras drogas, que provocan riesgo y consecuencia perjudiciales para la salud de la persona y el fracaso de las metas de cada ser humano, ya que nos lleva al sufrimiento y a la pérdida del placer.

El tema de las drogas es un tema complejo, ya que siempre vivimos y viviremos rodeado de droga. Es por eso que dispuesto hacer propuesta educativa para incidir en la en la prevención desde la universidad.

Esto porque estamos consciente del riesgo y el daño que producen, en determinadas edades, situaciones o circunstancias.

No sabes que con esta presentación pública de del consumo de droga en la universidad, podremos conseguir algo como la integración de la educación para la salud, basado en los datos obtenidos en esta investigación.

Pero no por ello, podemos permanecer inertes a lo que parece algo inquebrantable, aunque en momento nos inunde la sensación que es poco lo que podemos hacer. Sabemos que nos podemos dejar llevar por esa sensación, porque no podemos renunciar a una parte importante como es contribuir a la mejora de calidad de vida y salud del alumnado de esta casa de estudio.

Esta tesis sobre el consumo de sustancia adictiva, desde nuestra perspectiva como educadora, nos lleva a trabajar para llegar a la inserción de la educación de las drogas en sistema educativo superior y social, ya que esto favorecerá hacer la educación integral como lo demanda la misión y visión de la UNAN- Managua.

Sabemos que, en la educación, deben participar diferentes estamentos, siendo la familia uno de los principales en la educación para la prevención del consumo de droga. El entorno puede favorecer al consumo o al no consumo de drogas eso va depender el grado de conocimiento sobre las drogas. Otro de esos estamentos el sistema educativo y la integración del educador y educando.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

Por tanto, se requiere desde nuestra perspectiva un valor significativo la necesidad de contar en el currículo la educación para la salud, que con ella pretendemos fortalecer al alumnado para resolver problemas sociales. En este sentido, la creación de un programa educativo para prevenir las drogas y otro conflicto sociales, ya que debe ser una necesidad perentoria para las instituciones educativa superior, familiar y la sociedad.

Con respecto al objeto de nuestro estudio, debemos indicar que hemos pretendido evaluar el impacto de las drogas en el alumnado universitario, al mismo tiempo conocer la percepción de riesgo, los factores de riesgo y protección y conocer a necesidad de integración al currículo la educación para la salud. Todo ello, en ámbito concreto como es el universitario específicamente en UNAN- FAREM Chontales.

En definitiva, hemos pretendido hacer esta investigación con el propósito de comprender la realidad como paso previo para poder transformarla mediante el diseño y prácticas de programas y estrategias que puedan ayudar a mejorar las la percepción de riesgo y la salud de alumnado.

Partimos de la interrogante por qué estudiar a los jóvenes. La juventud es una de las etapas, donde se produce la construcción dela identidad, asociados a las condicionantes individuales, familiares, sociales, culturales e histórico, por lo que el proceso educativo y la confrontación con la realidad son esenciales para llevar a la edad adulta en las mejores condiciones posibles.

Muchas de las conductas relacionadas a las drogas vienen condicionada con los factores familiares y culturales entre las cuales destacamos la oferta de producto con propiedades adictivas.

En esta investigación nos hemos centrado en la variable género, para comprobar la hipótesis, planteada donde se pretende comprobar que no existe diferencia el consumo de droga relacionada con el género.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

En cuanto a las conclusiones observadas en nuestro estudio debemos partir de una serie de premisas:

La primera de ellas hace referencia al hecho constatado de cierto consumo de sustancias, en la población universitaria y podemos decir que éstos constituyen una dificultad seria para las actividades que realizan, estudiar y trabajar, y que son el fin que desarrollan en esta fase de su vida, al menos en un sector de la población, al mismo tiempo que impiden el desarrollo de hábitos saludables.

En segundo lugar, podemos ver que la escasa asunción de este hecho ha llevado a la falta de actuaciones planificada, aun considerando al ámbito universitario un medio propicio para las acciones de carácter preventivo.

En tercer lugar, las posibles medidas a tomar para frenar el consumo o reducirlo deben contar con la participación de todos los sectores afectados, así como deberán profundizar en el conocimiento de la realidad del consumo de drogas.

En cuarto y último, debemos indicar que durante mucho tiempo el hecho de ser mujer se había convertido en un factor de protección frente al abuso de sustancias, en estos momentos no sólo no es así, sino que los algunos casos este hecho las sitúa en unas condiciones de mayor inferioridad o vulnerabilidad a hora de combatirla.

A continuación, pasamos a presentar los datos significativos que han aparecido en nuestro cuestionario, sin que ellos lleguen a ser concluyentes sobre el fenómeno que abordamos.

5.1. Conclusiones del estudio.

Lo primero que debemos indicar es que nos situamos ante una investigación que se centre más en lo cuantitativo, aunque hemos realizado un

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

tipo de análisis algunos variables pertenecientes al método cualitativo. En esta investigación, hemos intentado poner en manifiesto la imagen y los constructos social, así como las actitudes, valores y consumo del alumnado universitario.

Como toda investigación social su importancia radica en que mediante sus resultados y conclusiones se puede llegar a tener una mayor y más clara idea de lo que está ocurriendo en este ámbito, En nuestro caso, como hemos venido manteniendo, se trata de acercarnos a la planificación de estrategia de carácter preventiva en el ámbito universitario específicamente en el currículum educativo.

Así pues, concretando los datos aparecidos en nuestro estudio, hemos podido observar los siguientes hechos según los objetivos específicos planteados:

Categorizar los perfiles de los jóvenes universitarios con relación a los distintos consumos y establecer posibles diferencias entre género.

El alumnado que participo en esta investigación pertenece a las diferentes carreras que oferta esta casa de estudio el 35.9% estuvo representado con alumno del departamento de ciencia tecnología y salud, 38.9% por departamento de ciencia de la educación y en un 25.5% por el departamento de ciencia económica. Cuando al sexo está representado con 37.2% por mujeres y 62.7% por hombres,

El grupo de alumno que se considera que se considera que sólo estudia estaba constituido por 57.8%, frente al que considera que dedica más tiempo al trabajo que al estudio 32.1% y los que consideran parcialmente al trabajo y más al estudio 10.1%.

Comportamiento y actitud de los jóvenes universitario hacia el consumo de drogas.

El consumo de droga entre alumnado encontramos que entre las drogas

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

legales drogas más consumida el alcohol e 87.1% y el tabaco en un 85.8%. Para las drogas ilegales encontramos que una de la más consumida por el alumnado es la marihuana en un 53.2%, seguida por cocaína 33.2%, datos que son relacionados con los expuestos en informe realizado por la OEA Y CICAD (2013) que releeja que las drogas que consumen para el inicio de consumo es tabaco y el alcohol, las cuales son las más consumidas por el alumnado universitario.

Para edad de consumo de droga encontramos que la edad media de consumo de droga encontramos que centran entre las edades de 7 a 21 años. Estos resultados están relacionados con los planteados por Castillo Manzano (2012), el cual plantea que el inicio de consumo de drogas se da entre las edades de 13 a 15 años, vemos que esta afirmación es muy acertada para nuestro estudio, podemos ver que las edades de inicio de consumo de droga entre 7 a 21 años. Ya en esas edades han probado entre 1 a 3 tipos de sustancias como mínimo.

En cuanto al lugar de inicio del consumo de droga, encontramos que entre el barrio como 29.9% y la universidad 55.9%, vemos que entorno es factor importante para el inicio de consumo ya que este incrementa el riesgo de inicio del consumo. Para Catalano y Hawkins, plantean que la influencia del ambiente y el contexto donde el joven se incide en inicio de consumo de droga, vemos que la universidad es el espacio donde más tiempo permanece el alumnado.

Para conocer con quién estabas cuando consumiste por primera vez, encontramos que el 54.5% se encontraba con compañero de la universidad. Podemos ver que, en la etapa de experimentación, siempre se ve influencia por los integrantes del entorno donde el joven se desenvuelve. Esto se relaciona con lo expuesto por Castillo Manzano en (2012) contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio), en los resultados obtenidos vemos que los amigos, familia y compañero de la universidad sobresalen en el inicio de consumo de las diferentes sustancias.

Actitud.

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

La razón de consumo de droga encontramos que el alumnado inicio el consumo de cualquier tipo de drogas por curiosidad 46.3% y para pertenecer con un grupo de amigo en un 30.7%. Vemos que uso experimental de las drogas se lleva a cabo por circunstancia propia del alumnado, para Bandura refiere que la influencia de las personas o entrono social es significativo para el inicio de consumo de drogas.

Para el periodo del ultimo consumo encontramos que los estudiantes habían consumido tabaco en los último tres días en 55.6%, alcohol en 30% hace una semana, al igual que la marihuana 30. 4% y cocaína 30.1% y el crack 0.5% hace 30 día.

Cuanto la razones de continuar consumiendo encontramos que por que los amigos consumen y por soledad sobre salen en tabaco, alcohol, marihuana y cocaína aproximadamente en 80%. Vemos que la de pertenecer a un grupo sobre sale para el consumo al igual que la soledad, resultado que está relacionado con los de Vega (2000) plantea que la necesidad de conformidad de integral un grupo, es uno de los principales motivos de mantener el consumo de drogas, relación que tienen con nuestro hallazgo que el 16.1% continúa consumiendo droga. Otra referencia que argumentos que los resultados es la Pons y Berjano (1999) que refiere que el consumo de drogas es como un plus para adquirir confianza en poder tener confianza en sí mismo para realizar actividades sociales e integrante entre grupos de iguales.

Frecuencia de consumo de droga

Vemos como esta afirmación se hace real en nuestro resultado vemos que el tabaco es que ha provocado adicción en alumnado en 63% ya que esta se consume todos los días, el alcohol a provocado mantener una necesidad de consumo solo los fines de semana 80.3%. De igual forma la teoría de Pávlov (1927) en su modelo estímulo – respuestas ya que el cuerpo ya está condicionado y tiene la necesidad de consumo y hay como una campaña interna que estimula para satisfacer el deseo del consumo.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Razones de Abstención del consumo de drogas

La percepción riesgo o el daño tienen igual comportamiento, se observa que las diferentes razones de abstención un factor determinante para evitar el consumo de drogas. La percepción del riesgo para la salud es reflejado en porcentaje más alto en crack con un 15.1%, en cuanto al pegamento con un 34.5%, la Anfetamina 82.5% y éxtasis 2.2%. Para Twerski (2000), que la racionalidad significa dar buenas razones en lugar de la razón verdadera. Vemos que buena razón que dan el alumnado universitario son racionales y prevén en daño que le pueden provocar tanto para ellos como a su familia.

Percepción de riesgo

Percepción de la exposición de la oferta de drogas

El grado de exposición al ofrecimiento de las drogas ilegales, encontramos, el 57.3% del alumnado encuestado declaran que le han ofrecido marihuana en la última semana previa a la aplicación a la encuesta, para la cocaína las cifras descienden a un 6.8%, en cuanto al pegamento, Anfetamina y éxtasis nunca les han ofrecido. El 29.9% expresan que hace 15 días le ofrecieron, para la cocaína aumentan a un 77.5% y crack tienen el mismo comportamiento que la marihuana en 22.9%. Para las drogas legales vemos que el tabaco en un 70.1% y alcohol 67.4% son las que más se han ofrecido en la hace una semana.

Percepción sobre experiencia del consumo de droga

Sobre la experiencia de consumo de droga vemos que tanto hombre como mujeres refieren que la experiencia de consumo de tabaco y alcohol, marihuana y crack es regular. En un total de 80% Para experiencia del consumo de marihuana la clasifican como buena. Vemos que la percepción de la experiencia va depender de la situación de cada individuo para La Martínez Gimeno refiere que la percepción de emergencia depende de las características individuales y las causas o situaciones que le conllevan al consumo.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Percepción del consumo y factores de riesgo y protección.

El entorno familiar de es un factor protector, pero en algunas situaciones de puede concebir como un factor de riesgo para he inicio de consumo de droga, los siguientes resultados en cuanto a la costumbre de consumo de alcohol en su casa encontramos que 32 responden que **Si** y 333 que **No** que en sus casas no se acostumbrar consumir alcohol. Para el hábito de fumar observamos 111 del alumnado responde que sí que consumo cigarrillo diariamente en casa y 214 que no se consumió. Para Castillo Manzano (2009) refiere que uno de los factores de riesgo en entorno familiar y su estrecha relación hacia el consumo de drogas. Los resultados obtenidos están estrechamente relacionados los hábitos familiares de consumo de drogas con el inicio de consumo de droga.

Entorno familiar relacionado al hábito de consumo de droga.

El entorno familiar se vuelve un factor de riesgo hacia al consumo de droga, el consumo de droga en el entorno cercano del alumnado encontramos que en consumo de tabaco en su entorno familiar las cifras encontrada que 114 refieren que si conocen, para el alcohol 174 refieren que si se consume en su entorno familiar, la marihuana dice que un total del 174 que si conoce alguien que consume. Para la cocaína 109 responden que si conocen alguien que consumen cocaína y para el crack 15 responden que conocen alguien que consumen crack. Vemos que el tabaco y el alcohol son drogas sociales que se consumen en gran frecuencia en entorno familiar. Estos resultados de ven estrechamente relacionado como la afirmación de Becoña (2002), en que indica que el primer escenario del proceso socialización socialización en que influyen de forma destacada la familia, ya que es el ambiente que se adquieren determinados tipos de creencias, valores y hábitos que condicionarán más adelante la probabilidad de consumo de consumo

Entorno social y frecuencia de consumo de Droga.

Los entornos sociales principalmente entre los amigos consumen 214,

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

para el alcohol 206 refieren que consumen, las cifras de consumo de marihuana un total de 132 alumnos que si con amigos consumen. La cocaína y crack tienen el mismo comportamiento 109 responde que, si conocen a amigos que consumen crack, y para el pegamento 5 alumnos responden que conocen personas o amigos que consumen crack. El entorno social puede conllevar al consumo de drogas, vemos en los resultados anteriores que el tanto las drogas legales como ilegales son consumidas entre los amigos, resultado que se pueden dar respuestas con la teoría multietápica del aprendizaje social propuesto por Simons, Conger y Withbeck, citado por Fernández Busto (2010) el que plantea que los grupos de amigos pueden conllevar a los jóvenes a unirse a grupos de consumidores de droga.

Entorno Educativo

El inicio de consumo de droga se ve afectado por el ambiente donde el adolescente o jóvenes se desarrolla. En cuanto al entorno educativo con a la pregunta Hasta dónde tú conoces ¿Algunos de tus compañeros de curso o carrera que consumen alguna de estas drogas? Encontramos que si conocen a compañeros que consumen tabaco con una cifra de 350 encuestado. Para el alcohol que, si conocen compañero de curso que, si consumen 337, la marihuana en cuanto si conocen compañeros de clase que consumen encontramos que si 125, Para la cocaína 107 alumnos responden que si conocen compañeros que la consumen y el crack refieren que 12 que si conocen compañeros la consumen.

Calificación del consumo de droga en la universidad

La clasificación del consumo de drogas dentro de la universidad, relacionada con el sexo, encontramos que para las mujeres califican en consumo de dentro del campo universitario como muy grave con 19.4%, los hombres los clasifican como muy grave con 32%. En cuanto a la gravedad de consumo dentro de la universidad encontramos que el 18.6% del hombre lo clasifican como grave y solo el 11.2% de las mujeres observan como grave, en cuanto a la calificación de leve el 12% del hombre, en la clasificación de consumo de tabaco el 12% del

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

hombre lo califican como leve y las mujeres en un 6.5% lo califican el leve.

La percepción del riesgo del consumo frecuentemente de droga

Para el riesgo de consumo de frecuente de droga vemos que el hombre tiene más noción del riesgo que las mujeres. Para el tabaco los hombre clasifican en uso frecuente distinguimos que 8.4% y para las mujeres 5.2%, para el alcohol los hombre fue valora más como un riesgo moderado para los hombres en un 35.6% lo ven moderado y las mujeres 20.8%. Para la marihuana, para los hombres en 8.4% que corren un riesgo grave y para las mujeres 5.2% refieren que corren un riesgo grave. En cuanto a la cocaína, y el crack para los hombres en 44.1% que corren un riesgo grave y para las mujeres 25.5% refieren que corren un riesgo grave. La gravedad del consumo de las diferentes drogas es descrita por diferentes autores del daño tanto el daño digestivo, respiratorio y neurológico.

Percepción de accesibilidad para la adquisición de droga.

Del total del alumnado vemos que sería fácil conseguir tabaco en la universidad, un 4.4% indicar que es fácil conseguir alcohol dentro de la universidad, la accesibilidad de la adquisición de la marihuana encontramos que 55.9% que es fácil, en cuanto a la cocaína un 39.5% del alumnado indica que fácil adquirirla, la accesibilidad hacia al crack encontramos que 4.1%. Estos resultados se ven estrechamente relaciono con los obtenidos de un estudio realizado por OEA y CICAD 2013, el que refleja en su análisis que entre las drogas licitas el tabaco es una de las circula en la universidad y entre las drogas ilícitas se encuentra la marihuana y cocaína. De igual forma revela que análisis del uso de sustancias psicoactivas en cada uno de los países participantes lo cual reveló Los inhalantes, el éxtasis y la heroína fueron las sustancias menos frecuentemente usadas en toda la región. Siendo Nicaragua el tercer país que más drogas consumes el alumnado universitario.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Valorar la importancia de incorporar en el currículo de la universidad la educación para la salud.

Nivel de información en sistema educativo

En función del nivel de información que registra que la población universitaria en torno a la temática de drogas, revela que un 39.4% indican que si han recibido información sobre riesgo de las drogas. En cuanto si han recibido información sobre las drogas en sus hogares encontramos que 31.2% indican que si han recibido bastante información por su familia. En centro educativo 91.2% refieren que si han recibido bastante información. La información adquirida por los medios que poco se ve información preventiva sobre las drogas con un porcentaje de 97.3% refiere que poco. Otras de las preguntas que se realizó que si conocen sobre espacios de atención de personas adictas a las drogas en chontales los que encontramos que 89% que no conocen centro que atención a personas adictas a las drogas. Para la pregunta que si han visto o escuchado mensaje de prevención en la universidad encontramos el 65.5% del alumnado indica que poca vez visto o escuchado mensaje de prevención sobre el uso de las drogas.

Nivel de participación en actividades preventiva.

El nivel de participación en actividades de prevención relacionada con los resultados obtenidos en función de esta variable, revelan que solo un 59.2% del total de estudiantes entrevistados, manifiesta no haber participado en algún tipo de actividad relacionada con la prevención del consumo de drogas en la universidad, nivel de participación y disposición para participar en actividades de prevención de consumo de droga encontramos solo el 17.3% indican que están dispuesto a participar.

Para Sánchez y García (2008), plantea que la prevención de las drogas es dotar a los jóvenes de recursos y capacidades para decidir, capacitarlo para

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

convivir con la presencia de las drogas. Porque es importante brindar información y formación para proveer de conocimientos sobre las drogas al alumnado y así contribuir la disminución del consumo entre el alumnado.

Educación para la salud

Para conocer la importancia de la integración el currículo la asignatura de la educación para salud, se realizaron las siguientes preguntas, para conocer el nivel de aceptabilidad de la misma, estas preguntas son arrogo los siguientes resultados que del 100% de la muestra el 57% les gustaría que en currículo de la universidad se sirva la asignatura de educación para la salud.

Si consideraban importante la educación para la salud en la universidad, un 67.4% refiere que es de mucha importante. De esta forma, La Educación para la Salud puede figurar en el currículum escolar de muchas maneras. En ciertas escuelas, pueda aparecer como un momento inscrito de forma regular en el empleo del tiempo, aunque puede ser enseñada como parte integrante de otras materias o a través de temas de salud. En otros casos, la EpS puede ser incluida en los programas sobre actitudes y valores o, desde luego, aparecer como una combinación de estas posibilidades (García Martínez, 1998; en Pedrero, 2012

Propuestas de temáticas para abordar en la asignatura de educación para la salud.

Conocer las implicaciones sobre las posibles temáticas para integrarse en asignatura de educación para la salud, con la pregunta ¿Te gustaría que se integración al currículo temáticas para ayudar a resolver o estar preparado para resolver problemas sociales? Los resultados obtenidos en un 55.9% les gustaría que se integre la educación para la atención para la diversidad, para la educación para la prevención del consumo de drogas en 29.9% del total del alumnado y un 14.2% la educación sexual. Para González Lucini plantea que transversalidad de temáticas que pueden promueve la formación integral del alumnado.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

En cuanto a la hipótesis propuesta vemos que se cumple que el consumo de droga tanto en hombre que en mujeres en la actualidad es iguales. Vemos que el comportamiento actual de consumo de droga tanto el hombre como en mujeres.

5.2. Limitaciones.

La declaración de las limitaciones de un proyecto dota al mismo de realismo y honestidad en su consecución. El conocimiento de las limitaciones permite interpretar con mayor exactitud la relevancia de los resultados. Sin embargo, es importante no confundir las limitaciones del estudio con las deficiencias del mismo como consecuencia de decisiones tomadas durante el proceso por el investigador. Una decisión mal tomada, por ejemplo, una técnica de análisis deficiente, no puede ser considerada como limitación. A continuación, se enlista aquellos elementos que sean considerado como limitaciones y que dificultaron el proceso de desarrollo de esta investigación.

1. La aplicación del cuestionario tanto para el pilotaje como para el estudio final, esto se debió a que el alumnado, algún momento no se encontraba en la facultad, por encontrarse en área práctica, Lo que conllevo desocupar tiempo por parte del alumnado y el encuestador. En algunos casos el alumnado exponía de para que si nunca son escuchados.
2. En algunos casos por el profesorado que se encontraba en el momento de pasar aplicando la encuesta, se reusaba a prestar un poco de su tiempo para la recolección de la información, ya que las horas de clase son muy limitada.
3. Dificultades en el hallazgo y acceso a datos pertinentes al estudio en el país. Esto se debe a que hay muy pocos investigadores interesados en la temática

5.3. Implicaciones y líneas futuras de investigaciones

Apropiándonos de la importancia que tiene promover, la Educación para para la salud, para la mejora de la calidad de vida de la población, específicamente en el alumnado para prevenir factores de riesgo hacia en consumo de drogas u otros que puedan poner en riesgo su bienestar, a continuación se presentan algunos aspectos que son considerados como las implicaciones (aportes) de este estudio, y que además suponen ampliar dentro del currículo educativo.

1. Siendo la universidad un garante de la formación de profesionales en la diferente rama del conocimiento, pueda integrar dentro de su currículo educativo la educación para la Salud.
2. Que se realicen acciones promociones y prevención de conductas de riesgo, para evitar la drogadicción, embarazo en alumnado, no deseado entre otras
3. Formación de los del profesorado para el abordaje de temáticas de riesgo psicosocial en alumnado.
4. Es necesario incrementar y racionalizar los recursos que se dirigen al campo de la prevención de las drogas en la Universidad, ya que existe un cierto discurso al que el alumnado se muestra receptivo.
5. La atención universitaria, por sus especiales circunstancia y situación. Obliga a mantener una mayor presencia en los programas preventivos en cuantos a conductas de riesgos.
6. La prevención de las drogas se concibe en estos momentos como un proceso educativo y de formación en valores y actitudes, enfocado a la autonomía personal, autocontrol, sentido crítico y rechazo al consumo de drogas.
7. Se debe trabajar en la inclusión de materias específicas en las distintas áreas del conocimiento y titulaciones en las que se analicen de forma compleja el tema de las drogas, integrándolas en los planes de estudios. Para ello, se podría realizar una propuesta de programas a trabajar con las distintas facultades y

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

departamentos vinculados en las temáticas.

Para finalizar, en los resultados podemos encontrar una clave para la prevención de las conductas adictivas o al menos sirvan para la reflexión profunda sobre el tema y la forma de combatirlo.

De forma conclusiva podemos indicar que ante la discusión abierta de nuevos entre la tolerancia cero y el consumo responsable, posición que también hemos encontrado en la población universitaria, existe todo un conjunto de situaciones y posiciones personales que debemos tener en cuenta. Otro aspecto de no debemos olvidar, que el problema del consumo de las drogas es algo complejo y difícil de abordar, por lo que necesita trabajar de una forma continua y perseverante estas temáticas.

5.4. Propuesta de actuación, programa de educación para la salud

5.4.1 Justificación

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos decir que poseemos un mayor conocimiento de las situaciones de consumo de drogas en la población universitaria de UNAN – FAREM, Chontales. Hemos obtenido datos relevantes e indicadores sensibles de una realidad que hemos definido como compleja. Nos aporta datos fiables de los aspectos tratados que consideramos de interés para una mejor ubicación del problema, al mismo tiempo pueden servir para establecer un modelo predictivo durante los próximos años que sirva guía y orientación para la integración al currículo educativo de la UNAN- Managua-FAREM Chontales.

Actualmente nos encontramos una situación de resistencia del fenómeno de consumo de droga en toda nuestra sociedad. Las instituciones educativas no permanecen ajenas a este fenómeno. En las escuelas, institutos, centros de

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

formación y universidades no se habla con mucha soltura de las drogas. Como se ha analizado en el anterior capítulo, los instrumentos metodológicos utilizados en esta Tesis Doctoral nos han servido para comprobar cómo se contempla dentro del currículo universitario el tema de las drogas y cómo es tratado. La Educación para la Salud entendida como parte de la Promoción de la Salud, es un segmento importante de la educación en general y un medio de promover la salud. Es por eso que el sistema educativo se va consolidando como uno de los lugares más adecuados para aplicar programas de Educación para la Salud junto al ámbito comunitario (Pedrero García, 2012).

A lo largo de esta Tesis venimos justificando la necesidad de la educación para la salud en el currículo educativo y tenemos argumentos realmente válidos para poder introducirla en el currículo de las diferentes áreas de formación. Como plantea Tünnermann (2004) que la EpS juega un papel transcendental, en la formación de los nuevos profesionales, e instituciones educativas superior está buscando mejora en su pertinencia social. Dicha preocupación es compartida por todos los actores sociales interesados en la educación superior: gobierno, empresa privada y sociedad en general. En el mismo sector estudiantil se ha instalado, como una justa preocupación, ante el temor de los jóvenes de recibir una educación que no les prepare adecuadamente para los nuevos retos del mundo laboral y social. Esta necesidad está fundamentada en la revisión documental de diferentes investigadores que se han venido mencionando en esta tesis, Castillo Manzano, Pedrero, Morón Marchena, Serrano González, Rooney J.F y Villahoz, J...

Por ello, queremos empezar a realizar esta propuesta de la integración para la salud en el currículo de la UNAN- Managua, FAREM – Chontales, en ámbito universitario, así contribuye a la formación de profesionales integrales, capaces de intervenir ante situaciones que pongan el riesgo su salud y la de su entorno. De los cuales se integrarán los principios que sustentan el nuevo Modelo curricular son los establecidos por la UNESCO (2012): Aprender a aprender, Aprender a pensar, Aprender a ser, Aprender a convivir, Aprender a

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

hacer, Aprender a emprender

5.4.2. Objetivos

Los objetivos generales que pretendemos conseguir son:

1. Comprender la Educación para la Salud como ámbito didáctico normalizarle.
2. Favorecer un progresivo cambio conceptual en torno a cambio de estilos de vida, de cara a sus posibilidades curriculares y formativas.
3. Conocer un significativo repertorio de recursos y estrategias prácticas para desarrollarla con alumnado, desde una doble perspectiva, preventiva y paliativa.
4. Saber cómo acompañar educativamente en caso de conductas de riesgo.
5. Formar al alumnado como en promotor implicado a actuar en los diferentes entornos que el conviva.

5.4.3. Contenidos.

Los contenidos a trabajar serían los siguientes:

- ✓ La educación para la salud.
- ✓ Educación sexual.
- ✓ Educación para la prevención del consumo de droga.
- ✓ Educación para la atención a la diversidad.

5.4.4. Metodología.

La educación para la salud debe trabajar con una pedagogía más indicadoras, para lograr que el alumnado se logre involucrar en el proceso de Enseñanza – Aprendizaje. Como refiere López Noguero (2007), que el proceso de enseñanza, la metodología debe ser más activo, participativo, y poco verbalista, donde está implicación favorece enseñar y aprender de una forma

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

que lo más importante no sea lo que profesor enseñe, si no lo que alumno aprenda.

Presentamos algunas actividades destinadas a equipos

	Actividades Generales	Actividades Es Especificas
Docentes	Actividades de introducción al tema, de innovación y formación permanente. Finalidad: introducir y regularizar la EpS. Destinatario Profesores y alumnado	Formación inicial <ul style="list-style-type: none"> • Formación continua y permanente • Jornadas de intercambio de experiencias • Redefinición de acuerdos en el Proyecto Educativo de Centro y en el Proyecto Curricular de Etapa (ámbito formal) • Introducción en los programas o proyectos en el ámbito no forma
Alumnado	Actividades y propuestas que sean integrada en el currículum ordinario. Finalidad: Elaborar, naturalizar el proceso formativo la EpS. Destinatario: alumnado .	<ul style="list-style-type: none"> • Charlas-coloquio • Mesas redondas • Paneles de expertos • Seminarios • Entrevistas públicas • Rol-playing • Participación en actividades didácticas Debates • Cine-forum • Técnica del riesgo • Proyectos de investigación • Proyectos de inmersión temática • Aprendizaje basado en problemas • Unidades didácticas • Viajes formativos • Propuestas plásticas, musicales, científicas, socio-históricas, literaria

5.4.5. Recursos Didácticos.

Aunque pueda resultar paradójico, partiremos del supuesto de que, para la planificación y desarrollo de la Educación para la salud, son necesario los mismos recursos didácticos para el proceso de enseñanza aprendizaje.

A continuación, presentamos un repertorio no exhaustivo de algunos recursos didáctico que se pueden utilizar en la EpS y ser útiles a todo el claustro docente que impartan la asignatura. Confiamos en su posible aplicación a toda clase de entornos y situaciones, no sólo preventivas o paliativas, sino formativas en general. Entre los recursos didáctico tendremos bibliografías, estrategias de

ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)



enseñanza aprendizaje, cortos metrajes, video, música. Estos recursos son variados a las diferentes temáticas propuestas. Procederemos a enlistar algún recurso didáctico.

Título	El brainstorming o «lluvia de ideas»
Objetivos	Permitir la construcción, entre el líder del grupo y los participantes, de los conceptos clave sobre los que queremos trabajar, así como potenciar la libertad de los asistentes para formular preguntas, dudas y opiniones personales
Desarrollo.	<p>Es una técnica ampliamente utilizada en muchos contextos grupales de distinta índole y que también nosotros podemos utilizar para trabajar el tema de EpS con el alumnado</p> <p>En el caso de que puedan seleccionarse los miembros del grupo sería recomendable agruparlos por situaciones más o menos similares. En este caso, el número de participantes que permitirá realizar un buen trabajo es aproximadamente 10; así aseguramos la intervención de todos.</p> <p>Sentados en círculo o distribuidos por la sala de forma que cada uno disponga de un espacio propio, se distribuyen tarjetas blancas (o de colores si trabajamos con hombre y mujeres pequeños) donde, de forma anónima, cada uno de los asistentes plantea dos o tres preguntas acerca de la EpS o las temáticas que se abordaran en asignatura (En los grupos partir de los conocimiento del entorno del alumnado como por ejemplo, cómo ve reflejada la EpS en su entorno, los estilos de vida, conductas de riesgo.....)</p> <p>Una vez escritas las preguntas, se pone en el centro del círculo de asistentes una caja o cualquier otro tipo de superficie donde se colocarán las fichas boca abajo. Cuando</p>


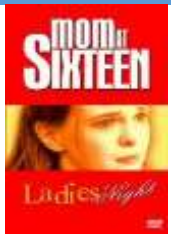
ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)

	<p>todos hayan colocado las suyas, uno a uno escoge una de las hojas, leen las preguntas en voz alta y discuten sus ideas acerca de las mismas.</p> <p>Este ejercicio puede hacerse con un formato más o menos flexible en función de sus participantes. Cuando el trabajo se lleva a cabo con alumnado, puede colocarse en el centro un gran papel de embalar o una cartulina de tamaño grande para que vayan colocando las tarjetas con las que se ha ido trabajando, de modo que no les obliguemos a pasar largo tiempo sentados, sino que la sesión pueda ser más dinámica a medida que va transcurriendo el tiempo.</p>
Materiales	Papel y lápiz


Tabla Recurso Didácticos

Recurso Didáctico	Nombre	Objetivo	Disponible	Imagen
Cuento	Personajes ¿Malos? Cuento de Educación para la Salud	Aprendizaje a través juego, la actividad lúdica es su manera de conocerse y conocer también la realidad que les rodea.	www.ceapa.es	
Libro	Educación para la salud y prevención de riesgos psicosociales. En adolescentes y jóvenes	Análisis de los riesgos psicosociales en adolescente y jóvenes	Morón Marchena, J., Pérez Pérez I., y Pedrero E. books.google.com.ni	

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA, NICARAGUA)**

Libro	La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud	Ámbitos de actuación de la EpS	Serrano González M. books.google.com.ni	
Libro	Educación para la salud: educación sexual	Ámbito de la educación sexual.	Nieda J. books.google.com.ni	
Estrategias de enseñanza	Videoforum sobre las ETS o sobre el Sida	Conocer en qué consisten las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, cómo se transmiten y las principales medidas para prevenirlas.	Docente facilitara guía de trabajo para el desarrollo y conducciones de los video forum	
	Rolplaying sobre el aborto	Conocer la realidad legal y social sobre el aborto. Analizar las consecuencias de un embarazo no deseado.	Tras una exposición sobre la situación legal del aborto en Nicaragua y la situación social, se reparten varios papeles con los roles a representar. Docente elaborada las situaciones	
	Philips 6/6 Los Riesgos: analizando situaciones	Conocer y analizar cómo influyen en nuestra salud las situaciones cotidianas	Docente elaborada las situaciones, llevara algún recorte de periódico sobre conductas de riesgo	
Película	Adolescencia perdida	Dar conocer riesgo de embarazo a temprana edad	Docente elabora guía para la elaboración de informe sobre la película https://www.youtube.com/watch?v=DMCefCccsaw	
	Hablemos de drogas y adolescentes	Adicciones, prevención, factores de riesgo, tipos de consumo... Hablo de algunas cosas que rodean al tema de las drogas.	Docente elabora guía para la elaboración de informe sobre video - http://goo.gl/xmnJ9p	

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

	El consumo de drogas en la adolescencia		Docente elabora guía para la elaboración de informe sobre video www.youtube.com	
--	---	--	---	---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS

A

Alonso, L.E. (1995). "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". En J.M. Delgado Y J. Gutiérrez (Coord.), *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (225-240). Madrid: Síntesis.

Alfonso, M.T., y Álvarez Dardet, C. (1992). *Manual de enfermería comunitaria I*. Barcelona: Ed. Científicas y Técnicas

Aebli, H. (1995). *Doce Formas Básicas De Enseñar: Una Didáctica Basada En La Psicología*. (Segunda Edición. Ed.). Narcea. 350, 11.

Aignerren Aburto, J.M. (2005). El cuestionario: El instrumento de recolección de información de la técnica de la encuesta social. Recuperado de: <https://goo.gl/lykXPC>.

Álvarez, M. y Sánchez M. (1991). La evaluación de los programas de orientación: evaluación del contexto y del diseño. *Revista de Investigación Educativa*, 9 (17), 49-82.

Ander-Egg.E. (1978). *Hacia una pedagogía auto gestionada*. Alicante.

Alvira, F. (1982). *Los Métodos De Las Ciencias Sociales*. Madrid:Cis.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Arroyo, M. (1984). Singularidad y complejidad de la pedagogía. Cincuentenario de los estudios universitarios de pedagogía. Madrid: Universidad Complutense.

Arroyo, M. (1993A). EL PROCESO EDUCATIVO Y LOS PROCESOS DE DESARROLLO HUMANO. EDUCADORES, 35, (166).

Arroyo, M. (1993b). Intencionalidad y eficiencia en la noción de educación. Análisis fenomenológico-crítico. Educadores, 35, (167).

Arnal, J., Del Rincón, D. Y Latorre, A. (1996). Bases Metodológicas De La Investigación Educativa. Barcelona: Grup92.

Arnal, J.; Del Rincón, D. y Latorre, A. (1992). Investigación Educativa. Fundamentos Y Metodología. Barcelona: Labor.

Aranda, F. R. (1997). Proyecto de educación para la salud en los Centros Educativos de la Sierra Norte de Sevilla. T. E., 186, 9-12.

Ary, D. et al, (1990). Introducción A La Investigación Pedagógica. México: Mcgraw-Hill Interamericana De México, S.A.

Asamblea Nacional de Nicaragua. (1994). Ley 177 De Estupefacientes, Sicotrópicos y Otras Sustancias Controladas. Publicada En Gaceta Diario Oficial N° 138 Del 25 De Julio De 1994.

Ashton, J. y Seymour, H. (1990). La nueva salud pública. Barcelona: MASSON.

Arbex, C., Mora, C. y Moreno, G. (2002). Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Madrid. ADES. Disponible en: <https://goo.gl/ZcqD3D>

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Ávila Baray, H.L. (2006). Introducción a la metodología de la Investigación.
Edición electrónica. Recuperado de. www.eumed.net/libro/2006c/203/.

Azorín, F. y Sánchez, J. L. (1986). Métodos y Aplicaciones del Muestreo. Madrid:
Alianza Universidad.

B

Ballesteros, B (2001). "La Técnica De Encuesta". En García Llamas, J.L. Et
Al.Introducción A La Investigación Educativa. Madrid: Uned.

Bandura, A., y Walters, R. (1982). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa
Calpe.

Barquín, J. Y Fernández, J. (1992). Investigación E Intervención En El Ámbito
Sociocultural. Málaga: Ancysa.

Barriga Jiménez, S. (1988). Salud y comunidad. Sevilla: Diputación de Sevilla

Barriga Jiménez, S. (1995). Contradicciones en la promoción de salud. La salud
¿para qué? En J.A. Morón Marchena (Dir.). La educación para la salud en
el ámbito comunitario. 15-29. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.

Bartolomé, M. (1990). Elaboración Y Análisis De Datos Cualitativos. Aplicación
A La Investigación-Acción. Barcelona: Universidad.

Beauchesne L. (2003). Les drogues. Les coûtes cachés de la prohibition. Québec,
Lanctôt Editeur.

Becoña E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención
de drogas. Plan Nacional de Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Becoña E. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.

Recuperado de: <https://goo.gl/9KpCwh>. Revisado el 20/05/20016

Becoña, E. (2004). Manual de intervención en drogodependencias. Madrid: Síntesis.

Bericat, E. (1998). La Integración De Los Métodos Cuantitativo Y Cualitativo En La Investigación Social. Barcelona: Ariel.

Best, J.W. (1972). Cómo Investigar En Educación. Madrid: Morata

Bingham, W.V.D. Y Moore, B.V. (1973). Cómo Entrevistar. Madrid: Rialp.

Bisquerra, R. (1989). Métodos De Investigación Educativa. Barcelona: Ediciones Ceac.

Bisquerra, R. (1996). Métodos de investigación Educativa. Guía Práctica. Barcelona: Ceac.

Bisquerra Alzina, R. (2004). Metodología De La Investigación. Madrid: La Muralla.

Bisquerra, R. (Coord.). (2009). Metodología de la Investigación Educativa. Madrid: Muralla.

Blanchet, A. (1989). Técnicas De Investigación En Ciencias Sociales Datos, Observación, Entrevista, Cuestionario. Madrid: Narcea.

Booth, W., Colomb, G. y Williams, J.M. (2001). Cómo Convertirse En Un Hábil Investigador. Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, P. El Oficio De Sociólogo, Ed. Siglo Xxi, Buenos Aires, 1975

Buendía, L.; Colás, P.; y Hernández, M.J. (1998). Métodos De Investigación En Psicopedagogía. Madrid: Mcgrawhill.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Busquets, M.D. Y Leal, A. (1993): "La Educación Para La Salud", En Busquets, M0 D. Y Otros: Los Temas Transversales. Claves De La Formación Integral. Madrid, Santillana, 46-81.

Blalock, H. (1971). Introducción a la investigación social. Buenos Aires: Editorial Amorrortu

Bravo, R. (2008). Técnicas De Investigación Social. Madrid: Thomsom.

Belando, M. y LÓPEZ, E. (2003). Una propuesta para la mejora de la intervención socioeducativa del educador social a través de los recursos telemáticos aplicados al ámbito de la educación para la salud. Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa, 2 (1), 51- 71.

Brito, J. (1991). ¿Cómo Elaborar Una Tesis? Guía Metodológica para Elaborar Proyectos de Investigación, Tesis de Grado, Postgrado y/o Trabajos de Ascenso. Caracas: Ediciones Cendespoth.

Briones, G. (2002). Epistemología de las ciencias sociales. Colombia:CFES

C

Castillo Manzano, A., Pedrero García, E & Morón, Marchena, A. (2009). Estudio Sobre Prevalencia, Actitudes, Patrones Y Motivaciones De La Población Universitaria N Relación Al Consumo De Drogas. Sevilla: Edición Digital @ Tre, S.L.L.

Castillo Manzano y Morón Marchena. (2007). Factores sobre la prevalencia, actitudes patrones y motivaciones de la población universitaria en relación al consumo de droga. Sevilla, Consejería y Bienestar Social.

Castillo Lemee, F. (1993). La escuela promotora de salud, en VV.AA.: La escuela promotora de salud. V jornadas de educación para la salud en la escuela

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

de la región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Castillo Lemee, F. (1998). La escuela promotora de salud. EN A. GARCÍA,
(COORD.). *Claves de educación para la salud*. MURCIA: DM.

Casado Flores, J. (1990). Enfermedades Infantiles de Origen Social. *Infancia y
Sociedad*, 5, 67-75.

Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (1997). The social development model: A theory
of antisocial behaviour. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime:
Current theories* (pp. 149-177). Nueva York: Cambridge University Press

Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección
del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media.
Psichotema, 20(3), 389-395.

Comas, Arnau, D. (1994). *Los Jóvenes Y El Uso De Drogas En La España De
Los 90*. Madrid: Instituto De La Juventud. Ministerio De Asuntos Sociales.

Carr, W. (1989). ¿Puede Ser Científica La
Investigación Educativa? *Investigación En La Escuela*, 7, Pp. 37-47

Carr, W. y Kemmis, S. (1986). *Teoría Crítica De La Enseñanza. La Investigación-
Acción En La Formación Del Profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.

Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La Investigación-
Acción: en la formación del profesorado*. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

Castell, E. (1989): *Grupos De Formación Y Educación Para La Salud. Aprender
A Cambiar*. Barcelona, Ppu.

Cisneros Moreira, E. (2004). Características General de la Educación Superior
en Nicaragua. Recuperado de <http://goo.gl/VxmC82>.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Cid, M.C. Et Alt. (1994): La Salud Es Cosa De Todos. Actividades De Educación Para La Salud. Santiago De Compostela, Nova Escola Galega.

CICAD y OEA. (2013). Uso de drogas entre estudiantes y su relación con el maltrato durante la niñez, en siete universidades de Latinoamérica y el caribe. (Informe Final del Estudio Multicentrico sobre Drogas). Disponible en: <http://goo.gl/5YyUUR>. Revisado el: 06/06/2016.

Cohen, L y Manion, L. (2002). Métodos De Investigación Educativa. Madrid: La Muralla.

Cook, T. y Reichardt, Ch. (2005). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: editorial Ediciones MORATA, S. L. Quinta edición.

Colás, P. (1992). El Análisis De Datos En La Metodología Cualitativa. Revista De Ciencia De La Educación, 152, Pp. 521-539.

Colás, P. y Buendía, L. (1994). Investigación Educativa. Sevilla: Alfar.

Conde, F. (1995). Las Perspectivas Metodológicas Cualitativas y Cuantitativa. En El Contexto De La Historia De Las Ciencias. En J.M. Delgado Y J. Gutiérrez (Coords.), Métodos y Técnicas Cualitativas De Investigación En Ciencias Sociales (Pp. 53-68). Madrid: Síntesis.

Cochran, W.G. (1977). Sampling Techniques. 3d. Ed., Wiley Y Sons, New York. Recuperado de: <https://goo.gl/SHSabY>.

Consejo de la Juventud de España. (1997). Guía de prevención de drogodependencias. Madrid: C.J.E.

Constitución Política de Nicaragua. (1858). Capitulo III. Derechos Sociales Art.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

59-60.

Clos, C. A., Fernández M., y Sánchez. (2000). De La Teoría A La Práctica: Una Experiencia En El Ámbito Universitario. En M. J. Morón, Educación Para La Salud: De La Teoría A La Práctica. (Pág. 139). Sevilla: Excmo. Ayuntamiento De Dos Hermanas.

Cronbach, L. J. (1984). Essentials of Psychological Testing. New York: Harper (4ª ed.).

Czeresnia, D. y Machado, C. (2006.). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción En: *"Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias"*. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Ch

Chávez, N. (2007). Introducción A La Investigación Educativa. Maracaibo: Ars Garphic.

D

De la Rosa Acosta', B y Morón Marchena, A. (S:F). Estado del Bienestar y Educación para la Salud. Disponible en. <https://goo.gl/pQxlQ7>. Revisado.04/04/2015.

Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A. y Sans, A. (1995). *Técnicas De Investigación En Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.

Delgado, J.M. Y Gutiérrez, J. (1995). Métodos Y Técnicas Cualitativas De Investigación En Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis.

Dendaluce, I. (1995). Avances En Los Métodos De Investigación Educativa En

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

La Intervención Psicopedagógica. Revista De Investigación Educativa, 26,
Pp. 9-32.

Dendaluze, I. (1998). Algunos Retos Metodológicos. Revista De Investigación
Educativa, 16, Pp. 7-24.

Dendaluze, I. (Coord.) (1988). Aspectos Metodológicos De La Investigación
Educativa. Madrid: Narcea.

Denzin, N.K. (1978): The Research Act In Sociology: A Theoretical Introduction
To Sociological Methods. Nueva York: Mcgrawhill.

Delors, Jacques Et. Al. (1996) La Educación Encierra Un Tesoro. Informe De La
Comisión Internacional Sobre Educación Para El Siglo Xxi. Unesco, Paris.

Denzin, N.K. Y Lincoln, Y.S. (1994). Introduction: Entering The Field Of
Qualitative Research. In Denzin, N.K. Y Lincoln. Y.S. (Eds). Handbook Of
Qualitative Research. London: Sage, Pp 1-17.

DEVIDA. (2013). Iv Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas. (Informe
Ejecutivo). Recuperado de: <https://goo.gl/0Vsozs>

Díaz Aguado, M. J. (1996). Programas de educación para la tolerancia y
prevención de la violencia en los jóvenes. Volumen I Fundamentación
psicopedagógica. . Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y
Asuntos Sociales. Disponible en. <https://goo.gl/n3zFhc>

Díaz, R. M. U. (s,f). La familia como factor de riesgo, protección y resiliencia en
la prevención del abuso de drogas en adolescentes. Disponible en:
<https://goo.gl/jkzRhu>.

Diez Hochleitner, R. (Dir.) (1994): Aprender Para El Futuro: Educación Para La
Salud. Madrid, Fundación Santillana.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Domínguez, J.; Larrosa, A. y Regato, P. (1993): Guía Metodológica De Educación Para La Salud. Madrid, Insalud-Área Xi Sanitaria.

Donati, P.P. (1994): Manual De Sociología De La Salud. Madrid, Díaz De Santos.

E

Escámez. J. (Ed.) (1990). Drogas y Escuelas: Una Propuesta de Intervención. Madrid: Dykinson.

Elliot D., Huizinga D y Ageton S. (1985). Explaining delinquency and drug use. London: Sage.

Echeverría, B. (1983). La investigación empírica de carácter educativo en las Universidades españolas. RIE. Revista de Investigación Educativa, I, 2.

Elliot, J. (1990). La Investigación Acción En Educación. Madrid: Morata. Estrada De Flete, A. y Otros (2004): Planificación De La Investigación. Educativa. Valencia: Vicerrectorado De Extensión. Universidad Pedagogía Experimental Libertador.

Etxeberría, J. Y Tejedor, F.J. (2005). Análisis Descriptivo De Datos En Educación. Madrid: La Muralla.

F

FDA. (1996). Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar: Madrid: FDA.

Feito, L. (1996). La definición de salud. Diálogo filosófico, 34, 64

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Fernández Cano, A. (1995). Métodos Para Evaluar La Investigación En Psicopedagogía. Madrid: Síntesis.

Fernández Busto, P. (2010). Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes. Universidad de Alcalá. Disponible en: <https://goo.gl/GGRLdS>

Flores, M.D., García, A. y Rabadán (2003) en Flores, M.D. (coord.) (2003). La Promoción de la Salud: una Perspectiva Pedagógica. Valencia: NAU LLIBRES.

Flores, M.D. (1996). Desarrollo de la comunidad: ¿Un nuevo mito? Anales de pedagogía, 6, 151-163.

Fortin, M.F. (1999). El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill.

Fox, D. (1981): El Proceso De Investigación En Educación. Pamplona: Eunsa.

Freeman, L. (1971). Elementos de estadísticas aplicada .Madrid: Euramérica.

G

García Martínez, A., Morón Marchena, A., Sánchez Lázaro, A., y Cobacho Inglés M. (2009). La salud en el lenguaje. *“Educación y promoción de la salud una mirada contextual”*. Murcia, España: DM.

García Martínez, J.A, Sáez Carreras, J. y Escarbajal de Haro, A. (2000). Educación para la Salud. La apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán.

García, A., y Sánchez, A. (2005). Drogas, sociedad y educación. Edición I. Editorial Universidad de Murcia, servicios de publicación

García Martínez, A. (Coord.) (1998). Claves de educación para la salud. Murcia:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

D.M.

García Martínez, A. (1998b). Educación para la salud y perspectivas sociocríticas: Un giro consistente pero inconcluso, en M. Campillo y J. Del Cerro (Coords.), Transversalidad y Conocimiento social. Murcia: D.M. pp. 101-116.

García Martínez, A. (1998c). Educación para la salud y desarrollo de la comunidad, en A. Escarbajal (Coord.), la educación social en marcha. Valencia: NAU Llibres. Pp. 155- 171.

García Martínez, A. (1998d). Educación para la salud y drogas: Hacia un cambio de enfoque". Pedagogía social, nº 1 (segunda época), 1998; pp. 59-69.

García Martínez, a. (1998f). Educación para la salud, media y drogas. Anales de pedagogía, nº 16; pp. 179-198.

García Moreno, M.R., y Graña López J.L. (2003). Consumo de drogas en adolescentes: Diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. Disponible en: <https://goo.gl/DzxHjk>

Gil, J., Rodríguez, G. y Gracia, E. (1995). Estadística básica aplicada a las Ciencias de la Educación. Sevilla: Kronos.

Gil Flores, J. y Perera Rodríguez, V (2001). Análisis Informatizado De Datos Cualitativos. Sevilla: Kronos

Gil Pascual, J.A. (2000). Estadística E Informática (Spss) En La Investigación Descriptiva E Inferencial. Madrid: Uned.

Gimeno Sacristán, J. y Pérez, A. (1983). La enseñanza, su teoría y su práctica. Madrid: AKAL

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Gimeno Martínez, A. (2012). Nuevas adicciones. Universidad Pablo De Olavide.
Sevilla España.

Gobierno De Reconciliación y Unidad Nacional. (2012). Pndh, Gob.Ni.
Recuperado El 10 De Enero De 2015, De Pndh, Gob.Ni: <https://goo.gl/J2b8gn>

Goetz, J.P. Y Lecompte, M.D. (1988). Etnografía Y Diseño Cualitativo En
Investigación Educativa. Madrid: Morata.

Gollete, G. Y Lessard-Hébert, M. (1988). La Investigación-Acción. Sus
Funciones, Su Fundamento Y Su Instrumentalización. Barcelona: Laertes.

Gómez Ocaña, C. (2005). La Educación para la Salud: un Modelo de Evaluación
Psicológica. (TESIS DOCTORAL). UNIVERSIDAD DE VALENCIA.
España.

González Hernández, A. y García Martínez, a. (1998). Claves de Educación para
la Salud. Murcia: D.M:

González Lucini, F. (1993). Temas transversales y educación en valores.
MADRID: ALAUDA/ANAYA

Guba, E. y Lincoln, Y. (1982). Effective Evaluation. San Francisco: Jossey Bass.

Gracia, D. (1991). Aproximación al concepto de salud. Labor hospitalaria, (219),
11- 14.

Greene, W.H. y Simons Morton, B.G. (1988). EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
México: INTERAMERICANA DE MCGRAW-HILL.

H

Hammersley, M. Y Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métodos De

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Investigación. Barcelona: Paidós.

Hayman, J. L. (1969). Investigación y educación. Buenos Aires: Paidós.

Helmer, O y Dalkey, N. (1963). An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. *Management Science*, 9, 458-467

Hernández, R., Fernández C., y Baptista M. (1998). Metodología De La Investigación. México: Mcgraw Hill (2ª Ed.).

Hernández, R., Fernández C., y Baptista M (2003). Metodología de la investigación. México: Mcgraw Hill

Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., y Baptista, M. D. (2010). Metodología De La Investigación (Quinta Ed.). México: Mcgraw-Hill.

Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., Y Baptista, M. D. (2014). Metodología De La Investigación (Sexta Ed.). México: Mcgraw-Hill.

Henwood, K. (2004). Reinventing Validity: Reflections On Principles And Practices From Beyond The Quality-Quantity Divide. En Z. Todd, B. Nerlich, S. Mckeown, Y C. D, *Mixing Methods In Psychology* (Págs. 37- 57). Sussex: Psychology Press.

Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkely: University of California Press.

I

Ippolito, J y Cerqueira, M. (2003). Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional. Disponible en: <http://goo.gl/2XWGwC>.
Revisado el: 22/06/2016.

J

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Jessor, R. Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development:
A Longitudinal Study of youth. New York, Academic Press.

Jiménez, C. (1983): Población y muestra. El muestreo. En C. Jiménez; E. López-
Barajas y R. Pérez: Pedagogía Experimental II. (pp. 229-258) Madrid:
UNED

K

Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative
theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*,
292, 345-377

Kerlinger, F.M. (1982). Investigación Del Comportamiento. Técnicas Y
Metodología. México: Interamericana.

Kerlinger, F.N. (1985). Enfoque Conceptual De La Investigación Del
Comportamiento. México: Interamericana.

Kerlinger, F.N. (1988). Investigación Del Comportamiento. México:
Interamericana.

Kickbush, A. (1984): Promoción De La Salud: Una Tipología. Copenhague, OMS.

Kish, L. (1972). Muestreo De Encuestas. México: Trillas.

Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica*.
Barcelona: Paidós

Kornblit, A., Camarotti, A., y Di Leo, P. (s.f). Abordajes entorno al consumo
problemático de drogas en la escuela. Disponible en: <http://goo.gl/52NiWT>

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Krueger, R.A. (1991): El Grupo De Discusión. Guía Práctica Para La Investigación Aplicada. Madrid: Pirámide.

Kumpfer, K.L. y Turner, C.W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. International Journal of Addictions, 25, 435-463.

Kuhn, H. M. (1987). A Estructura Das Revolucoes Cientificas (2 Edición Ed.).São Paulo: Perspectiva.

L

Laín Entralgo, P. (1978). Antropología médica. Teoría del cuerpo humano. Barcelona: SALVAT.

Lalonde, M.A. (1974): New Perspective On The Health Of Canadians. Ottawa, Office Of The Canadian Minister Of National Health And Welfare.

Latorre, A. (2003). La Investigación-Acción: Conocer y cambiar la práctica educativa. Barcelona: Graó.

Latorre, A., Rincón D. y Arnal, J. (2003). Bases Metodológicas De La Investigación Educativa. Barcelona: Experiencia S.L.

Lazarsfel, P. (1984). El Análisis De Datos En La Investigación Social. Nueva Visión. Buenos Aires.

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.

Levin, I. y Rubin, D. (1996). Estadística para Administradores. México: PrenticeHall Hispanoamericana.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Levine, R. I., y Rubin, D. S. (2004). Estadística Para Administración Y Economía (Séptima Ed.). México: Pearson Educación.

Leguey Galán, S. (1999). Introducción Al Muestreo En Poblaciones Finitas. Madrid: Editorial Nuevas Estructuras.

Levi, I. y Anderson, I. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México: El manual moderno.

Lizasoain, L. y Joaristi, L. (2003). Gestión y Análisis De Datos Con SPSS: Versión 11. Madrid: Thomson

Lodge DJ, y Grace AA. (2005). Acute and chronic corticotropin-releasing factor 1 receptor blockade inhibits cocaine-induced dopamine release: correlation with dopamine neuron activity. Disponible en: <https://goo.gl/HR9o2Q>
Revisado el: 20/05/2016

López Barajas, E. (2000). FUNDAMENTOS DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA. MADRID: UNED

López Noguero, F. (2002): "Prólogo".

López Noguero, F. Y Pozo Llorente, T. (Coord.): Investigar en Educación Social. Sevilla: Consejería de relaciones institucionales. Junta de Andalucía.

Lorenzo, A., Martínez Piñeiro, A.B. Y Martínez Piñeiro, E. (2004). Fuentes De Información En Investigación Socioeducativa. Revista Electrónica De Investigación Y Evaluación Educativa, V. 10, N. 2.

López, L.A. y Siles, D. (1993): La participación comunitaria. Verdades y Falacias. Centro de salud, 1 (2), 103-113.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

López, J, S., Martín, M. J. y Martín, J. M . (1998). Consumo de drogas ilegales.
En Martín, A., Martínez, J.M., López, J.S., Martín, M.J y Martín, J.M.(Eds).

Comportamiento de riesgo violencia, práctica sexual de riesgo y consumo de
drogas ilegales en la juventud, Madrid: Entinema.

López, Noguero, F. Y Pozo Llorente. T. (Coords). (2002). Investigar En
Educación Social. Sevilla: Junta Andaluza, Consejería De Relación
Institucional. 15-38

López Noguero, F. (2007). Metodología participativa en la Enseñanza
Universitaria, Narcea, S.A. De ediciones.

Lukas, J.F. Y Santiago, K. (2004). Evaluación Educativa. Madrid: Alianza.

Luego Martín, A., Romero Tamames, E., Gómes Fragüela A., Guerra López A.,y
Lence Pereiro M. (1999). La prevención del consumo de drogas y
conductas antisociales en la escuela: Análisis y Evaluación de un
programa. Universidad de Santiago de Compostela. Disponible en:
<https://goo.gl/Ath6AF>

M

Macías, B. y Arocha, J.L. (1996): Salud Pública Y Educación Para La Salud. Las
Palmas, Icepss.

Marín, R. (1985). El muestreo. En R. Marín y G. Pérez Serrano, Pedagogía Social
y Sociología de la Educación. Unidades Didácticas 1, 2 y 3, tema 6, (pp.
161-186). Madrid: UNED.

Marchioni, M. (1989). Planificación social y organización de la comunidad.
Madrid: Editorial Popular.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Marqués, P. (1996). Metodologías De Investigación. Modelo Para El Diseño De Una Investigación Educativa. Documento Electrónico Consultado En <https://goo.gl/dNzx2a>. Última Versión 14/11/14.

Martínez Gimeno, A. (2012). Nuevas Adicciones O Adicciones Sin Droga. Sevilla: UPO.

Martínez Gimeno A. (2013). Estudio sobre la perspectiva de los actores del sistema nacional de cualificaciones y formación profesional: Su aplicación en el sistema educativo reglado en Andalucía. Universidad de Sevilla

Medina Rubio, R., Corbella, M., y García Aretio L.(1992). Teoría de la educación, Educación Social. SMADRID: UNED

Miñarro López J. (2012). La Cocaína. Disponible en: <https://goo.gl/P9IVKm>.

Mccormick, J. (1994): "Promoción De La Salud: La Dimensión Ética". The Lancet, 344, 390-391.

Mcmillan, J.H. Y Schumacher, S. (2005). Investigación Educativa. Madrid: Pearson.

Menez, C. (1983): Población y Muestra. El Muestreo, En C. Jiménez; E. López-Barajas Y R. Pérez: Pedagogía Experimental li. Tomo I. Madrid: Uned, Pp. 229-258.

Miles, M. y Huberman, A. (1984). Qualitative Data Analisis.Beberly Hill: Sage.

MINED. (2011). Transversalidad en el currículo de educación primaria.

Mirón, L., Serrano, G., Godás, A y Rodríguez. (1997). Conductas antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. Análisis y modificaciones de conductas, 23 (88), 255-282

Modolo, M.A. (1987). Educación sanitaria, comportamiento y participación. CAPS,

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

8

Moliner, M. (1987). DICCIONARIO DEL USO ESPAÑOL. MADRID: CREDOS

Morón Marchena, J. A; López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (Dir) (2011). La Problemática Del Sida: Una Aproximación Socioeducativa. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua-Managua, Universidad Pablo De Olavide, Agencia Española De Cooperación Internacional Para El Desarrollo Y Agencia Andaluza De Cooperación Internacional Para El Desarrollo

Morón Marchena, J.A. (Dir.) (2000). Educación para la Salud: de la teoría a la práctica. Dos hermanas: Ayuntamiento de Dos Hermanas

Morón Marchena, J.A. (Dir) (1998): Educación para la salud: Fundamentos y Metodología. Dos hermanas (Sevilla): Excmo. Ayuntamiento de dos Hermanas.

Muñoz Díaz, M.C. (2013). "EDUCACIÓN Y TRABAJO: LAS ESCUELAS TALLER COMO MODELO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL". Universidad Pablo De Olavide, de Sevilla España

N

Nájera, M.P. (1996). Promoción de la salud. Enfoques internacionales en Mazarrasa, P y otros. Enfermería profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria I. Madrid: Mcgraw-hill Interamericana. 229-314.

Namakforoosh, M. (2008). Análisis de datos. *Metodología de la investigación*. (335). México, D.F. 2ª edición. Editorial. Limusa.

Naciones Unidas (2003). Encuesta escolar sobre el uso indebido de drogas (GPA). Austria. Recuperado en gap@unodc.org. Revisado en 10 de enero del 2015.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Nadal Alemany, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72. Disponible en: <https://goo.gl/yhA4J5>

Newell, K.W (1975). *Health by the people*. Ginebra: O.M.S.

NIDA. (2014). *Cocaína: Abuso y Adicción*. Disponible en: <https://goo.gl/zzjkLs>

Nieda, J. (1992): *Educación Para La Salud. Educación Sexual. Materiales Para La Reforma*. Madrid, Mec.

Nisbe T, J. D. y Entwistle, N. J. (1980). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: Oikos-Tau

Nightingale F. (1969) *Notes on Nursing. What it is and what it is not*. New York: Dover Publications, Inc. Disponible en: <http://goo.gl/5TJ1kx>. Revisado el 30/11/2015

Nutbean, D. (1986). *Glosario de Promoción de la Salud. Salud entre Todos*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Nunnally, J. C. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.

Núñez Flores, M. I. (2007). Las variables estructura y función en la hipótesis. *Revista de Investigación Educativa*. Vol II (20), 169-179

O

O.M.S. (1948). *CARTA Magna Constitucional*. GINEBRA: O.M.S

O.M.S. (1977). *Problems of Children of School Age (10-13 YEARS)*. MOSCOW:

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

O.M.S.

O.M.S. (1997). Tobacco or health: a global status report. Ginebra: O.M.S.

O.M.S. (1997). Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el Siglo XXI. Ginebra: O.M.S.

OMS. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria De La Salud. Declaración De Alma Ata. URSS, OMS-Unicef.

OMS (1986): Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud. Ottawa.

O.M.S. (1986). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la O.M.S. Acerca de los jóvenes "*La salud para todos en el año 2000*". Serie de informes técnicos nº 731. Ginebra: O.M.S

OMS (1989): Educación Para La Salud. Ginebra.

OMS (1994): La Crisis De La Salud En Las Ciudades. Estrategias De Salud Para Todos Frente A La Rápida Urbanización. Ginebra.

OMS (1995): Promoción De La Salud De La Juventud Europea. La Educación Para La Salud En El Ámbito Educativo. OMS.

O.M.S. (1998). Informe sobre la salud en el mundo 1998. La vida en el Siglo XXI. Una perspectiva para todos. O.M.S.

OMS. (2016). SALUD AMBIENTAL. Disponible en: <http://goo.gl/mzWA6>. Revisado el: 22/06/2016.

ONU. (2000), Erradicación de la Pobreza al 2015: Objetivo del desarrollo del milenio. Recuperado de: <https://goo.gl/x3F4uG>.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

O.P.S. (2005). Desafío y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la
Sociedad nicaragüense. Managua, Nicaragua.

Organización Mundial De La Salud. (1975). Manual Sobre Dependencia De Las
Drogas. Juigalpa:

P

Pávlov I. P. (1904). The noble prize in physiology or medicine.

Pávlov, I. P. (1927). Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological
Activity of the Cerebral Cortex. Translated and Edited by G. V. Anrep.
Londres: Oxford University Press. p. 142

Pita Fernández S., Pértega Díaz S. (1997). Relación entre variables
cuantitativas. Recuperado de: <https://goo.gl/fBJ3MA>.

Perea Quesada, R. (1993): Educación Para La Salud. Madrid, Uned.

Perea, R. (2002). La Educación para la Salud: Reto de nuestro tiempo.
EDUCACIÓN XXI. Nº4, 15-40.

Pérez López, C. (2003). Técnicas Estadísticas Con Spss. Madrid: Prentice-Hall.

Pérez Serrano, G. (2000): "Presupuestos Metodológicos. Perspectiva Crítico-
Reflexiva". En Pérez Serrano, G. (Coord.): Modelos De Investigación
Cualitativa En Educación Social Y Animación Sociocultural. Aplicaciones
Prácticas. Madrid: Narcea.

Pérez López, C. (2005). Muestreo Estadístico: Conceptos Y Problemas
Resueltos. Madrid: Pearson Educación.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Pedrero García, E., y Morón Marchena, A. (2012). Aproximación al concepto de educación para la salud: Una perspectiva histórica (I congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis educativas INNOVAGOGIA, Libro de acta 21,22 y 23) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4665661>. Revisado el: 26/06/2015

Pedrero García, E. (2012). *Educación Para La Salud Y Pedagogía De La Muerte*. (Tesis Doctoral) Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España. Disponible en: <https://goo.gl/uBAxpH>

Pérez Serrano, G. (2000). *Temas Transversales. Para Una Pedagogía De Los Valores*. Buenos Aires: Docencia.

Pérez Serrano, G. (2002) *Modelos de investigación cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones prácticas*.

Pérez-Gil, J. A., Chacón, S. Y Moreno, R. (2000). "Validez De Constructo: Uso Del Análisis Factorial Exploratorio-Confirmatorio Para Obtener Evidencias De Validez". *Psicothema*, Volumen 12 (2), Pp. 442-446.

Perea, Quesada. R. (2004). *Educación Para La Salud: Retos De Nuestros Tiempos*. Madrid. Díaz De Santo.

Perea, R. (2009) (Dir.). *Promoción y Educación para la Salud: Tendencias innovadoras*. Madrid: Díaz de Santos

Polaino Lorente, A. (1987). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. Barcelona: HERDER

Ponce, J. A., Muriel, R. y Gómez de Terreros, I. (1997). *INFORME SIAS (SALUD, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD)*. Sevilla: Sección de Pediatría Social-Asociación Española de Pediatría.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Popkewitz, K. R. (1985). La lógica de la investigación educativa. Madrid.Mondadori.

Popkewitz, T.S. (1988). Paradigma e ideología en investigación educativa. MADRID: MONDADORI.

Pons J., y Berjano E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Prieto, E. (2006). El absentismo escolar en la Educación Primaria en Tánger. Estudio comparado de las perspectivas de los padres y el profesorado. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla.

R

Reguant, M., y Martínez-Olmo, F. (2014). Operacionalización de conceptos/variables. Barcelona: Dipòsit Digital de la UB. Recuperado de: <https://goo.gl/1sBCi0>

Ribes, E. (1990). Psicología y salud. Un análisis conceptual. BARCELONA: MARTÍNEZ ROCA.

Rodríguez Y.C. (2010). Prevalencia, nivel de dependencia y factores sociodemográficos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas lícitas alcohol y tabaco en trabajadores de la salud de una institución de tercer nivel de atención.

Rochón, A. (1991). Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: MASSON.

Rodríguez Sutil, C. (1995). La Entrevista Psicológica. En J.M. Delgado Y J. Gutiérrez (Coords.), Métodos Y Técnicas Cualitativas De Investigación En

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Ciencias Sociales (241-243). Madrid: Síntesis.

Rooney, J.F Y Villahoz, J. (1994). Análisis Multivariantes Sobre Las Actitudes E Influencias Sociales Relacionadas Con El Consumo De Bebidas Alcohólicas En Una Población De Estudiantes De E. G.B. Y Ee.Mm... Revista Española De Drogodependencia, 19(1),15-38.

S

Sáez, S., Marqués F. y Collel, R. (1995). Educación para la Salud. Técnicas para el trabajo con grupos reducidos. LLEIDA: PAGÉS

Sánchez Lázaro, A. M. y García Martínez A. (2008). Prevención del abuso de droga y promoción de la salud en los jóvenes. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Número 14. Disponible en <https://goo.gl/vy86U6>

Sabariegow, M. y Bisquerra, R. (2004). "el proceso de investigación (PARTE 1)". EN: R. BISQUERRA (ED.). Metodología de la investigación educativa (PÁGS. 89-125). MADRID: LA MURALLA.

Sanvisens, A. (1984). *Educación, Pedagogía y Ciencias de la Educación*. Barcelona: Barcanova.

San Martín, H. y Pastor, V. (1988). Salud comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid: Díaz de Santos.

Salleras Sanmartí, I. (1990). Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Salleras Sanmartí, I. (1985). Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.

Salinas, B. (2007). Competencias Proyecto Tuning. Disponible en. <https://goo.gl/EgWqic>.

Spiegel, M. R., Y Stephens, L. J. (2009). Estadística (Cuarta Ed.). México: Mcgraw-Hill.

Sánchez, M. (2003). Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria de Nicaragua. Noticias del Observador, 1, 25-36.

Sarlet-Gerken, A.M. (Comp.) (1996): Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia Y Democracia: La Transversalidad Educativa. Murcia, Dm.

Sarlet, A.M., García, A. y Belando, M. (1996). Educación para la Salud: una perspectiva antropológica. Valencia: NAU LLIBRES.

Sedlák, E. (1985): Bestimmungsschlüssel für mitteleuropäische Köcherfliegenlarven (Insecta, Trichoptera). *Wasser Abwasser 29, Beitr. Gelvässerforsch. XV, Selbstverl.* Bundesanst. Wassergüte Bundesminist. Land- u. Forstw. Wien, 146.

Sellriz, C.Mahoda M., Duetsch M., y Cook S.W (1980). Métodos de Investigación En Las Relaciones Sociales. Madrid: Ediciones Rialp.

Serrano González, M.L. (Coord.) (1997). Educación para la salud del SIGLO XXI. Comunicación y Salud. Madrid: Díaz de Santos.

Serrano González, M.I. (1989): Educación Para La Salud y Participación

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Comunitaria. Madrid: Ediciones Díaz De Los Santos.

Serrano González, M. I. (2002). La Educación Para La Salud En El Siglo XXI. Comunicación Y Salud. Madrid: Ediciones Díaz De Santos, S.A.

Sigerist, H.E. (1981). Hitos en la historia de la salud pública. México: Siglo XXI

Siegel, S. (1976). Estadística No Paramétrica. Mexico: Trillas.

Sierra, R. (1989). Técnicas De Investigación Social. Teoría y Ejercicios. Madrid: Paraninfo.

Siles, D. (1996). Participación comunitaria, en Macías, B.E. y Arocha, J.I. (Dir.): *Salud Pública y Educación para la Salud*. Las Palmas, ICEPSS, 365-371.

Silva García, J. (2008). Estudio comparativo entre estudiantes de dos Facultades de Medicina en Nicaragua sobre la prevalencia del uso de drogas y otros aspectos relacionados, durante el periodo de Noviembre 2008 y Enero 2009. León: UNAN.

Simons, R.L., Conger, R.D., Withbeck, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315.

Sierra, R. (1999). Técnicas De Investigación Social. Madrid: Paraninfo. Sierra

Suárez, M. T. (1990). Needs Assessment Studies. En R. HOUSTON (Ed.): *Handbook of Research on Teacher Education*. New York: MacMillan.

Sullivan, C. y Hirschfield, P. (2011). Problem Behavior in the Middle School Years: An Assessment of the Social Development Model. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 48(4), 566-593.

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

T

Twerski, A.J. (2000). El pensamiento Adictivo/Addictive Thinking. Edición: reimpresión. Editorial. Hazelden.

Triola, M. F. (2009). Estadística (Décima Ed.). México: Pearson Educación.

Tójar, J.C. (2001). Planificar La Investigación Educativa: Una Propuesta Integrada. Buenos Aires: Fundec Upct. (1990). Upct.Es. Recuperado El 15 De 10 De 2014.

Torres, L. (2006). Estudio de las necesidades que encuentran las personas mayores en el acceso al contenido de las páginas web. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla.

Torres J, Valera J. (2013) El Modelo de Desarrollo Social: la base conceptual del sistema "Communities That Care". Disponible en: <http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/09/conceptos-29-modelo-de-desarrollo-social.pdf>. Revisado el: 06/07/2016

Turabián, J.L. (1992). Participación Comunitaria en la Salud. Madrid: Díaz de Santos

Tünnermann, C. (2004). La problemática actual de la educación en Nicaragua. Editorial: Servicios Gráficos TMC. Managua. Nicaragua

Travers, R.M.W. (1986). Introducción a la investigación educativa. Barcelona: Paidós.

U

UNESCO. (1997). Promoción de la salud y educación de adultos para la salud. Disponible en: <https://goo.gl/6hoa55>

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

UNESCO, (2004). Desarrollo de la Educación. Informe Nacional de Nicaragua.
Disponible en: <http://goo.gl/Owiwip>. Revisado el: 22/06/2016.

UNESCO. (2006). Principios y objetivos generales de la educación. Disponible
en: <http://goo.gl/hQbeur> . Revisado el: 20/05/2016

UNICEF. (2011). Nicaragua galardonada con Premio América 2011 por
reducción de la mortalidad materna. Disponible en: <https://goo.gl/BoiEjE>

UNESCO. (2012). La educación: Encierra un tesoro. Disponibles en
<http://unesdoc.unesco.org>. Revisado el 15/06/2016

UNICEF. (1997). Prevención Del Consumo De Drogas. Recuperado de:
<http://goo.gl/S5tDjB>. Recuperado El 2 De Agosto De 2015

UNAN Managua. (2011). Modelo educativo. Disponible en: <https://goo.gl/7sfP2f>

UNAN Managua. (2013). Seminario de formación integral. Disponible en:
<https://goo.gl/7sfP2f>

Ugarte Díaz, R.M. (s.f). La familia como factor de riesgo, protección y resiliencia en
la prevención del abuso de drogas en adolescentes. Disponible en:
<https://goo.gl/zJnNTE>

V

Vargas, A. y Palacios, V.P. (1993). Educación para la salud. México: Mcgraw-hill

Van Dalen, B. y Meyer, .J. (1979): Manual de técnicas de investigación
educacional. Buenos Aires: Paidós.

Vega, A. (1993). La Acción Social Ante Las Drogas. Propuestas De Intervención

**ESTUDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO:
INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FAREM-
CHONTALES (UNAN-MANAGUA. NICARAGUA)**

Socioeducativa. Madrid: Narcea.

Velásquez Oyarzo, V. (2004). Estudio sobre consumo de drogas en jóvenes estudiantes de pregrado de la Universidad de la Frontera de Temuco.

W

Wallon, H (1990). Psicología del niño. MADRID: PABLO DEL RIO

Wills, T.A., Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En Shiffman, S., Wills, T.A. (Eds.). Coping and substance use. New York, Academic Press

Wilkler A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D:l Wilner & G:G: Kassebaum. (Eds). Narcotics. New York: McGraw-Hill.

Williams, M. y Young, I. (Eds.) (1993). Promotiong the health of young people in europe. Health education in schools: a trainign manual of teachers and others working with young people. EDIMBURGO: WHO/HEBS.

Z

Zambrano Díaz, A. (2014). Prácticas Evaluativas Para La Mejora De La Calidad Del Aprendizaje: Un Estudio Contextualizado En La Unión – Chile. (Tesis Inédita). Departamento De Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma De Barcelona.

Zabalza, M. A. (1989). Teoría de las prácticas. En Zabalza M. A. (Coord.): La formación práctica de los profesores. Actas II Symposium sobre prácticas Escolares. Santiago: Tórculo.

ANEXO

Cuestionario

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.

UNAN – FAREM – Chontales.

Esta encuesta tiene por objeto establecer un diagnóstico de la situación de consumo de drogas y determinar la importancia de la integración en la curricula la Educación para la salud (EpS), en una muestra de estudiantes de pregrado de la Universidad de la UNAN – FAREM Chontales. Esta encuesta es absolutamente anónima y confidencial, y la información obtenida mediante ésta, será tratada única y exclusivamente bajo criterios estadísticos.

Por tales razones, te solicitamos que contestes las preguntas de manera franca y directa, ya que de ello depende que podamos contar con información objetiva y acorde a la realidad de tu universidad.

Si bien, esta encuesta es anónima, te solicitamos contestar algunos datos que nos permitirán procesar las respuestas y con ello analizar en profundidad toda la información recolectada.

I. Datos del entrevistado

P1. Sexo: Hombre 1 Mujer..... 2

P 2. Edad: _____ En años cumplidos

P3. ¿Cuál es tu situación académico. Laboral? (Encierra e un círculo la alternativa que corresponda)	1. Solamente estudia. 2. La mayor parte del tiempo la dedico al estudio y parcialmente al trabajo. 3. La mayor parte del tiempo de dedico al trabajo y parcialmente al estudio.
---	---

P.4. Carrera estudias	Nombre la carrera:
P.5¿ A qué departamento que le pertenece? (Encierre en un círculo la alternativa que corresponda)	1. Ciencias Económicas. 2. Educación y Humanidades 3. Ciencia, Tecnología y Salud.

II. En Cuanto al consumo y actitud que tienes hacia las drogas.

P5¿ Has consumido Alguna vez en tu vida alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa SI o NO según corresponda) Si no has consumido ninguna de estas drogas pasa a la pregunta 19		SI	NO
	Tabaco	1	2
	Alcohol	1	2
	Marihuana	1	2
	Cocaína	1	2
	Crack	1	2
	Pegamento	1	2
	Anfetamina	1	2
Éxtasis	1	2	

P.6. ¿ Cuándo fue la primera vez que probaste alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda según la o las drogas que hayas consumido)		Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un años	Hace más de un año
	Tabaco	1	2	3
	Alcohol	1	2	3
	Marihuana	1	2	3
	Cocaína	1	2	3
	Crack	1	2	3
	Pegamento	1	2	3
	Anfetamina	1	2	3
Éxtasis	1	2	3	

P.7. ¿ Qué edad tenías cuándo probaste por primera vez algunas de las siguientes drogas? (Indica en el recuadro tu edad en número de años cumplidos según las o las drogas que hayas consumido)		Edad del 1^{er} consumo
	Tabaco	
	Alcohol	
	Marihuana	
	Cocaína	
	Crack	
	Pegamento	
	Anfetamina	
Éxtasis		

P.8. ¿ Dónde estabas cuando consumiste por primera vez alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda según la o las drogas que hayas consumido)		En mi casa	En mi barrio	En una fiesta	En el colegio	En la Universidad
	Tabaco	1	2	3	4	5
	Alcohol	1	2	3	4	5
	Marihuana	1	2	3	4	5
	Cocaína	1	2	3	4	5
	Crack	1	2	3	4	5
	Pegamento	1	2	3	4	5
	Anfetamina	1	2	3	4	5
Éxtasis	1	2	3	4	5	

P.9. ¿ Con quién estabas cuando consumiste por primera vez alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda según la o las drogas que hayas consumido)		Con un grupo de amigos	Sola/ Sola	Con familiares	Con compañeros de colegios	Con compañero de Universidad
	Tabaco	1	2	3	4	5
	Alcohol	1	2	3	4	5
	Marihuana	1	2	3	4	5
	Cocaína	1	2	3	4	5
	Crack	1	2	3	4	5
	Pegamento	1	2	3	4	5
	Anfetamina	1	2	3	4	5
Éxtasis	1	2	3	4	5	

Falta de formación (1)	Por curiosidad (2)	Por problemas familiares (3)	Para ser parte de grupo de amigos (4)	Para pasarlo bien (5)	Por stress (6)	Para sentirme seguro/a (7)	Por qué me sentía solo/a (8)	Porque entre mis amigos se consume (9)
----------------------------------	------------------------------	--	---	---------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	--	--

P.10 ¿Por qué razón consumiste por primera vez alguna de las siguientes drogas? (Indica en recuadro el número de la alternativa que corresponda según la o las drogas que hayas consumido)	Tabaco									
	Alcohol									
	Marihuana									
	Cocaína									
	Crack									
	Pegamento									
	Anfetamina									
	Éxtasis									

		Durante los últimos 30 días (1)	Hace más de un mes, pero menos de un año (2)	Hace más de un año (3)
P11 ¿ Cuándo fue la última vez que consumiste alguna de las siguientes drogas? (encierra en círculo la alternativa que corresponda según la o las drogas que hayas consumido) SI NO HS CONSUMIDO NINGUNA DE ESTAS DROGAS EN LOS ÚLTIMO 30 DÍAS: Pasa pregunta 19	Tabaco			
	Alcohol			
	Marihuana			
	Cocaína			
	Crack			
	Pegamento			
	Anfetamina			
	Éxtasis			

		En tu casa (1)	En fiestas (2)	En casa de amigos (3)	En calle (4)	En la universidad (4)
P12 Pensando en los últimos 30 días . ¿En qué lugar has consumido preferentemente alguna de las siguientes drogas?	Tabaco					
	Alcohol					
	Marihuana					
	Cocaína					
	Crack					
	Pegamento					
	Anfetamina					
	Éxtasis					

		Con un grupo de amigos (1)	Solo/Sola (2)	Con familiares (3)	Con compañero de la Universidad (4)
P.13. ¿Y con quién has consumido preferentemente alguna de las	Tabaco				
	Alcohol				
	Marihuana				
	Cocaína				
	Crack				

siguientes drogas? (encierre en un círculo la alternativa que corresponda según la o las drogas que haya consumido)	Pegamento				
	Anfetamina				
	Éxtasis				

		Todos o casi todos los días (1)	Algunos días de la semana (2)	Sólo los fines de semana (3)	Ocasionalmente en el mes (4)
P14. ¿ Con qué frecuencia has consumido algunas de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda según la o las drogas que hayas consumido)	Tabaco				
	Alcohol				
	Marihuana				
	Cocaína				
	Crack				
	Pegamento				
	Anfetamina				
	Éxtasis				

		Por falta de información (1)	Para pasarlo bien. (2)	Para mejorar mi rendimiento o académico (3)	Porque mi amigos consumen (4)	Por soledad (5)	Para continuar siendo parte del grupo de amigo (5)	Por stress (6)	Por placer (7)	Por problema familiares (8)
P-15. ¿ Por qué razón has consumido alguna de las siguientes drogas? (Encierra en círculo la alternativa que correspond a según la o las drogas que hayas consumido)	Tabaco									
	Alcohol									
	Marihuana									
	Cocaína									
	Crack									
	Pegamento									
	Anfetamina									
	Éxtasis									

		En los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca han ofrecido
P.16 ¿Y cuándo fue la última vez que te ofrecieron alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda según la(s) droga(s) que te hayan ofrecido)	Tabaco	1	2	2	2
	Alcohol	1	2	2	2
	Marihuana	1	2	2	2
	Cocaína	1	2	2	2
	Crack	1	2	2	2
	Pegamento	1	2	2	2
	Anfetamina	1	2	2	2
	Éxtasis	1	2	2	2

III. ENCUANTO A SU EXPERIENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS.

		Por falta de oportunidad (1)	Para evitar problemas familiares (2)	Porque no me interesa (3)	Para evitar problemas legales (4)	Por el daño que provoca a la salud (5)	Para evitar problemas académicos (6)	Por la dificultad de conseguir (7)	Porque no he sentido necesidad (8)
P.17 ¿Y por qué razón no has consumido alguna de las siguientes drogas?(Indica en el recuadro el número de alternativa que corresponda según la o las drogas que no hayas consumido)	Tabaco								
	Alcohol								
	Marihuana								
	Cocaína								
	Crack								
	Pegamento								
	Anfetamina								
Éxtasis									

		Muy mala (1)	Mala (2)	Regular (3)	Buena (4)	Muy buena (5)
P.18. Si tuvieras que calificar tu experiencia de consumo, en una escala de 1 a 5 dónde 1 es Muy mala y 5 Muy buena ¿Qué nota le pondrías a cada una de las drogas que has consumido? (Indica en el recuadro la nota con que calificas a cada una de estas drogas según tu experiencia de consumo)	Tabaco					
	Alcohol					
	Marihuana					
	Cocaína					
	Crack					
	Pegamento					
	Anfetamina					
Éxtasis						

IV. EN CUANTO AL ENTORNO DE SU FAMILIAR Y SOCIAL

ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL		SI (1)	NO (2)
P.19.1. Alguna vez en tu vida has estado en actividad con tú padres donde ellos consumen alguna tipo de drogas tanto legal como ilegal.			
P.19.2. Alguna vez en tu vida has estado en actividad con tu hermano donde ellos consumen algunas tipo de drogas tanto legal como ilegales			
P.19.3 ¿En tu casa, y hasta donde tú conoces, alguien usa o consume alguna de las siguientes drogas ? (Encierra en un círculo la alternativa sí o no según corresponda)	Tabaco		
	Alcohol		
	Marihuana		
	Cocaína		
	Crack		
	Pegamento		
Anfetamina			

	Éxtasis		
P.19.4. Y hasta donde tú conoces ¿Alguno de tus amigos cercanos, o sea, aquellos con los que te ves frecuentemente, consume alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa sí o no según corresponda)	Tabaco		
	Alcohol		
	Marihuana		
	Cocaína		
	Crack		
	Pegamento		
	Anfetamina		
P.19.5. Y hasta donde tú conoces ¿Alguno de tus compañeros de curso o de carrera, es decir, aquellos con los que te ves todos los días, consume alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa sí o no según corresponda)	Éxtasis		
	Tabaco		
	Alcohol		
	Marihuana		
	Cocaína		
	Crack		
	Pegamento		
Anfetamina			
	Éxtasis		

V. PARA CLASIFICAR EL RIESGO Y ADQUISICIÓN HACIA EL CONSUMO, SELECCIONES LA OPCIÓN QUE TÚ DETERMINES LA ES CORRECTA

	Muy grave (1)	Grave (2)	Leve (3)	No sabe (4)
P.20. ¿Cómo calificarías el consumo de drogas en tu universidad? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda)				

	No corre ningún riesgo	Corre un riesgo leve	Corre un riesgo moderado	Corre un riesgo grande	
P.21. ¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que consume frecuentemente alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda)	Tabaco	1	2	3	4
	Alcohol	1	2	3	4
	Marihuana	1	2	3	4
	Cocaína	1	2	3	4
	Crack	1	2	3	4
	Pegamento	1	2	3	4
	Anfetamina	1	2	3	4
	Éxtasis	1	2	3	4

	Te sería fácil	Te sería difícil	No podría conseguir	
P.22. ¿Cuán difícil te sería conseguir alguna de las siguientes drogas? (Encierra en un círculo la alternativa que corresponda)	Tabaco	1	2	2
	Alcohol	1	2	2
	Marihuana	1	2	2
	Cocaína	1	2	2
	Crack	1	2	2
	Pegamento	1	2	2
	Anfetamina	1	2	2
	Éxtasis	1	2	2

VI. Educativo

P.23.Educación	Poco	Nada	Bastante	Mucho
P.23.1 En qué medida es importante para usted la salud y el cuidado de su cuerpo?				

P.23.2 ¿Ha recibido información/ formación sobre riesgo de las drogas?				
P.23.3 ¿Ha visto, leído u oído algún mensaje preventivo sobre el consumo de drogas en la universidad?				
P.23.4 En la universidad, ¿ha recibido o participado en alguna ocasión en charlas u otras actividades de información prevención sobre el consumo de sustancias adictiva?				
P.23.5 ¿Estaría dispuesto/a a participar en alguna actividad informativa/Formativa para la prevención del consumo de drogas en la universidad?				
P.23.6 Tiene conocimiento de los servicios y actuaciones existentes en la FAREM- Chontales, para la atención de los problema derivados de las drogas				
P.23.7 ¿En tú familia se aborda los temas drogas?				
P.23.8. En aula de clase en algún momento los docente abordan los temas de drogas?				
P.23.9 ¿Entre tú grupo de amigos suelen hablar de las drogas?				
P.23.10 ¿ En cuántos a los medios de comunicación haz visto o escuchado que se abordan temas de las drogas tanto legales como ilegales?				
P.23.1. Considerar que por la ausencia de asignatura de educación para la salud en el currículo universitario es un factor que conlleva hacia en consumo?				
P.23.12 ¿Te gustaría que se integraran a la curricula una asignatura de Educación para la Salud?				
P23.13 ¿Considera importante la educación para la salud en la universidad?				



Categorización del perfil del alumnado

Gráfico del sexo.

Sexo del entrevistado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	229	62.7	62.7	62.7
Válidos Mujer	136	37.3	37.3	100.0
Total	365	100.0	100.0	

Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Situación académica



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Carrera que estudia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Administración de Empresa	35	9.6	9.6	9.6
Válidos Ingeniería Ambiental	3	.8	.8	10.4
Mercadotecnia	5	1.4	1.4	11.8
Psicología	15	4.1	4.1	15.9

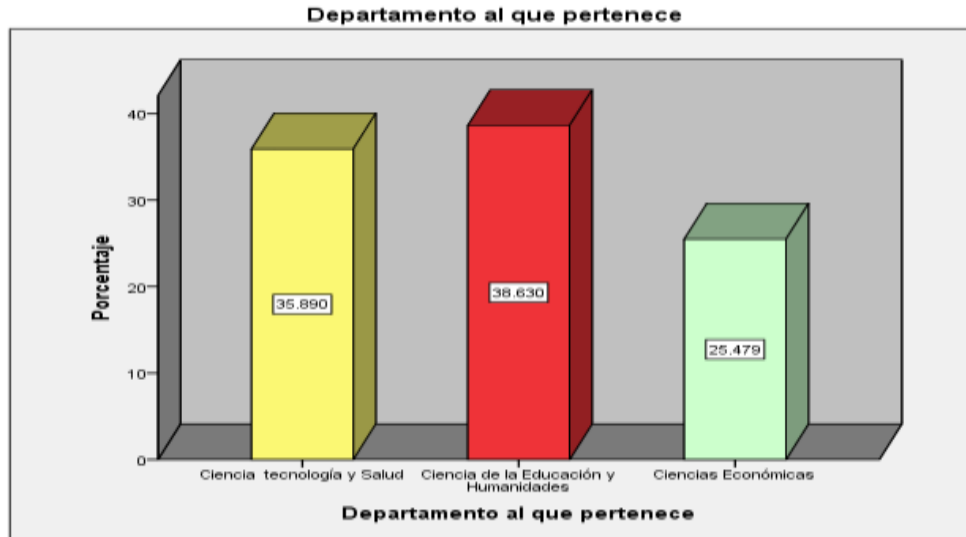


Banca y Finanzas	6	1.6	1.6	17.5
Enfermería con mención en salud Pública	5	1.4	1.4	18.9
Inglés	28	7.7	7.7	26.6
Topografía	6	1.6	1.6	28.2
Ciencias Naturales	24	6.6	6.6	34.8
Ciencia Sociales	21	5.8	5.8	40.5
Cultura y Arte	4	1.1	1.1	41.6
Administración turística y hotelera	6	1.6	1.6	43.3
Física Matemática	14	3.8	3.8	47.1
Lengua y Literatura Hispánica	23	6.3	6.3	53.4
Matemática	5	1.4	1.4	54.8
Pedagogía con mención para la Diversidad	7	1.9	1.9	56.7
Contabilidad pública y finanzas	41	11.2	11.2	67.9
Bioanálisis clínico	27	7.4	7.4	75.3
Enfermería con mención en Materno infantil	23	6.3	6.3	81.6
Ingeniería en sistemas de la información	20	5.5	5.5	87.1
Ingeniería agroindustrial	23	6.3	6.3	93.4
Ingeniería agronómica	14	3.8	3.8	97.3
Medicina	10	2.7	2.7	100.0



Total	365	100.0	100.0	
-------	-----	-------	-------	--

Fuente: Resultados del cuestionario de investigación



Fuente: Resultado del cuestionario de investigación

Conocer el comportamiento y actitudes de los jóvenes universitario hacia el consumo de drogas

Has consumido alguna vez en tu vida algunas de estas drogas

Sustancia	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	313	85.8	52	14.2
Alcohol	318	87.1	47	12.9
Marihuana	194	53.2	171	46.8
Cocaína	121	33.2	244	66.8
Crack	5	1.4	360	98.6
Pegamento	0	0%	365	100.0
Anfetamina	0	0%	365	100.0
Éxtasis	0	0%	365	100.0

Fuente. Resultado del cuestionario de investigación



¿Cuándo fue la primera vez que probaste alguna de estas drogas

Sustancia	Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año.	Hace más de un año.	Hace una semana.	No aplica.
Tacaco	0	0	85.8	0	14.2
Alcohol	31.23	1.4	24.1	30.4	12.9
Marihuana	1.4	0	21.4	30.4	46.8
Cocaína	0	0	2.7	30.4	66.8
Crack	0	0	1.4	0	98.6
Pegamento	0	0	0	0	100%
Anfetamina	0	0	0	0	100%
Éxtasis					100%

Fuente. Resultado del cuestionario de investigación